



# UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

## TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Maltrato al adulto mayor en instituciones cerradas en España.  
Revisión de la bibliografía.

Autor/es

AMAIA PÉREZ DE NANCLARES SAEZ DE JAUREGUI

Director/es

JOSÉ JAVIER SOLDEVILLA AGREDA

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



***Maltrato al adulto mayor en instituciones cerradas en España. Revisión de la bibliografía.*** , de AMAIA PÉREZ DE NANCLARES SAEZ DE JAUREGUI (publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA



**UNIVERSIDAD  
DE LA RIOJA**

# **MALTRATO AL ADULTO MAYOR EN INSTITUCIONES CERRADAS EN ESPAÑA.**

**Revisión de la bibliografía.**

**ELDER ABUSE IN SPANISH CLOSED  
INTITUTIONS. Bibliography review.**

Amaia Pérez de Nanclares Saez de Jaurgui

TRABAJO FIN DE GRADO

J. Javier Soldevilla Agreda.  
Logroño, 14 de Mayo 2020  
Curso 2019/2020. 1ª Convocatoria

# INDICE

## Tabla de contenido

INDICE.....	1
RESUMEN - PALABRAS CLAVE .....	3
ABSTRACT – KEY WORDS.....	4
INTRODUCCION .....	5
<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>6</b>
<b>Tipos de malos tratos .....</b>	<b>6</b>
<b>Escenarios donde se da el maltrato .....</b>	<b>8</b>
<b>Ageismo .....</b>	<b>10</b>
<b>Estereotipos de la vejez.....</b>	<b>12</b>
<b>El cuidado al mayor .....</b>	<b>12</b>
<b>Sensibilización/concienciación.....</b>	<b>13</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>14</b>
OBJETIVOS.....	15
General:.....	15
Específicos:.....	15
METODOLOGÍA.....	16
SINTESIS NARRATIVA.....	19
<b>EPIDEMIOLOGÍA: .....</b>	<b>19</b>
<b>FACTORES DE RIESGO:.....</b>	<b>22</b>
<b>FACTORES PROTECTORES:.....</b>	<b>24</b>
<b>FORMAS DE MALTRATO EN INSTITUCIONES:.....</b>	<b>25</b>
<b>Contención física: .....</b>	<b>26</b>
<b>Contención química: .....</b>	<b>28</b>
<b>PERFIL DEL MALTRATADOR/MALTRATADO: .....</b>	<b>30</b>
<b>DETECCIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>PREVENCIÓN:.....</b>	<b>33</b>
<b>PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN: .....</b>	<b>35</b>
<b>MARCO LEGAL: .....</b>	<b>37</b>
LEGISLACIÓN PROTECTORA EN LA ACTUALIDAD .....	38
OTRAS NORMATIVAS QUE TENER EN CUENTA .....	42
<b>SENSIBILIZACIÓN/CONCIENCIACIÓN: .....</b>	<b>43</b>
CONCLUSIONES .....	44
BIBLIOGRAFIA .....	45

ANEXOS .....	49
Anexo 1. Lesiones agudas y subclínicas por malos tratos físicos. ....	49
Anexo 2. Tipos de malos tratos. Comportamientos e indicadores y consecuencias para la víctima .....	50
Anexo 3. Tabla de recogida de datos .....	51
Anexo 4. Factores de riesgo de sufrir malos tratos en el adulto mayor .....	88
Anexo 5. Infografía de perfiles. Víctima de maltratos y agresor.....	89
Anexo 6. Mini mental Test .....	90
Anexo 7. Elder Assesment Instrument (EAI) .....	93
Anexo 8. Cuestionario para detectar el maltrato en instituciones. ....	94
.....	94

## RESUMEN - PALABRAS CLAVE

**Introducción:** El maltrato al adulto mayor es un problema social global silenciado que afecta a millones de personas en todo el mundo.

**Objetivo:** Analizar el estado actual del maltrato al adulto mayor en instituciones cerradas en España.

**Metodología:** Revisión bibliográfica. Las principales bases de datos consultadas han sido Dialnet y Cochrane, complementando la información con otras fuentes como la OMS o la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

**Desarrollo:** Se estima que entre el 4 y el 10% de los españoles mayores de 65 años ha experimentado el maltrato alguna vez en su vida. Está directamente relacionado con los niveles de dependencia, siendo la mujer de edad avanzada y con deterioro cognitivo el perfil de la víctima. Entre las formas de maltrato en las instituciones se encuentran la contención física y química. La detección, prevención, programas de intervención, así como la sensibilización son claves para abordar este tema. Es necesaria la protección de los más vulnerables, para ello se requiere una legislación específica que ampare a los mayores.

**Conclusiones:** Se encuentran muchas barreras para abordar este tema, pero es inadmisibile que se den casos de maltrato de manera cotidiana en las instituciones cerradas en España.

**Palabras clave:** Maltrato, adulto mayor, instituciones cerradas.

## ABSTRACT – KEY WORDS

**Introduction:** Elder abuse is a silenced social problem that affects millions of people worldwide.

**Objective:** To analyze the actual elder abuse situation in spanish closed institutions.

**Methods:** Bbibliography review. The main sources have been Dialnet and Cochrane, in addition to the WHO (OMS) or the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (SEGG).

**Results:** It is estimated that between the 4 and 10% of the 65 year old population in Spain has experienced abuse at least once in their lifes. It is directly associated to the dependency levels, being the elder women with cognitive damage the victim's profile. Two ways of elder abuse in closed institutions are physical and chemical restraints. The detection, prevention and intervention programs, as well as awareness are key to deal with this issue. It is necessary to protect the most vulnerable people, therefore a specific legislation is needed to shelter the elderly.

**Conclusions:** There are a lot of obstacles to deal with this issue, but it is unacceptable that elder abuse cases occur in a quotidian way in spanish closed institutions.

**Key words:** Elder abuse, nursing homes.

## INTRODUCCION

El maltrato a las personas mayores, definido como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza» (1,2), es un tema que a pesar de ser tabú, está comenzando a ganar una mayor visibilidad como problema en todo el mundo.

La OMS estima que la prevalencia en el ámbito institucional es del 64.2% o que dos de cada tres trabajadores son los que maltratan. El maltrato psicológico es el más frecuente (33.4%), seguido del físico (14.1%), el abuso financiero (13.8%), negligencia (11.6%) y, por último, el abuso sexual (1.9%) (1).

La Organización de las Naciones Unidas prevé que entre 2015 y 2030, habrá un aumento sustancial de población de personas mayores de 60 años, más notorio especialmente en los países en vías de desarrollo. Por consiguiente, se puede predecir que aumentaran también los casos de abuso a las personas de edad (3).

Los estudios realizados sobre la prevalencia y la incidencia de los malos tratos muestran resultados muchas veces contradictorios. El problema de su definición y el uso de distintos tipos de metodologías, así como las dificultades para su detección, explican esta diversidad de resultados y hacen difícil su interpretación (4). La evidencia sugiere que el 10% de los adultos mayores experimenta algún tipo de abuso y (5) se estima que solo un 20% de los casos es notificado (6) por diferentes causas, como la dificultad por parte de la víctima para denunciar por miedo a represalias o abandono, falta de conciencia de la gravedad de la situación, miedo a perder hijos, incapacidad por demencia, por ocultación por parte de los maltratadores, o por la no detección por profesionales (6,7). En 2011 se estimó que en Europa el maltrato es el responsable de 2500 muertes al año de personas mayores, cifras que inevitablemente crecerán a la par que aumenta la esperanza de vida de la población (4).



## MARCO TEORICO

### Tipos de malos tratos

**Malos tratos físicos**, que consistirían en cualquier acción como golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc., llevada a cabo por otras personas que causa, como consecuencia, daño o lesión física. Los indicadores de este tipo de malos tratos podrían ser: hematomas, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido contenciones físicas o químicas de algún tipo, como marcas de cuerdas, niveles anormales de fármacos, hipotermia, dolor al ser tocado (8).

Este tipo de maltrato podría manifestarse en lesiones físicas agudas, y en lesiones subclínicas. Las lesiones físicas agudas son las más fácilmente identificables en el nivel sanitario. Es la forma de maltrato con expresión clínica. Algunas características de las lesiones nos deberán hacer sospechar el origen de estas: bilateralidad y localización en cara, cuello, tórax con diferentes estadios de evolución de las lesiones. Las lesiones subclínicas son aquellas quejas somáticas múltiples y quejas psicológicas repetidas. Estas quejas crónicas de mala salud, así como otros trastornos por somatización, son una posible consecuencia del maltrato mantenido (9). Anexo 1.

**Psicológicos**, que consistirían en agresión verbal, uso de amenazas, malos tratos emocionales, insultos, obligar a presenciar malos tratos infligidos a otras personas, así como cualquier otro acto de intimidación y humillación cometido sobre una persona mayor como las actitudes edadistas en forma de infantilismo, tratándolo como si fuese un niño, causando angustia, sufrimiento o dolor emocional. Los indicadores de este tipo de malos tratos serían: indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado, impotencia, indefensión y/o miedos inexplicable (8).

**Sexuales**, que implicarían cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño. Algunos autores lo incluyen dentro de los malos tratos físicos, y otros, como categoría independiente. Entre los posibles indicadores de este tipo de malos tratos podemos encontrar: hematomas alrededor del pecho o del área genital, enfermedades venéreas o infecciones genitales sin explicación, hemorragias vaginales o anales sin explicación, ropa interior rasgada, manchada o con sangre (8).

**Económicos**, consiste en el uso indebido del patrimonio del mayor por parte de personas de su entorno, como robo, uso ilegal o inapropiado de las propiedades o

recursos de la persona mayor, obligarle a cambiar el testamento, etc., con el fin de obtener un beneficio el agresor y redundar en un detrimento la situación económica de la persona mayor. Las personas que viven en instituciones podrían experimentar el robo de sus propiedades personales por parte del personal de la institución, familiares, visitas u otros residentes. Los indicadores de este tipo de malos tratos pueden ser: patrón irregular de gastos o retirada de dinero, cambios repentinos en cuentas bancarias, testamentos, firmas en cheques, que no se parecen a la firma de la persona mayor, etc. (8).

**Negligencia**, consiste en un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no intencional (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (higiene personal, por ejemplo) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle «trato de silencio» (no hablarle). Puede ser física, psicológica, económica, etc. En el ámbito residencial, podría ser el resultado del fallo o no cumplimiento por parte de un empleado o del sistema, como, por ejemplo, insuficiente número de trabajadores, falta de motivación, etc. Entre los indicadores de este tipo de malos tratos se puede considerar la presencia de úlceras por presión, suciedad, olor a orina o heces, vestido inadecuado, malnutrición, deshidratación, aislamiento a la persona mayor, excluirle de sus actividades (8).

**Abandono**, consiste en que la persona que ha asumido la responsabilidad del cuidado o que posee la custodia de una persona mayor abandona físicamente a la persona mayor. Algunos lo incluyen dentro de la categoría de negligencia y otros como categoría independiente. Indicadores de este tipo de malos tratos serían que la persona mayor fuera abandonada en un hospital o cualquier otro lugar público (8).

**Violación de los derechos básicos.** Este tipo de malos tratos se relaciona a menudo con los malos tratos psicológicos. Consiste en privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa). Los indicadores podrían ser: ocultarle o abrirle el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta o cerrada (8,10,11).

Puede encontrarse un resumen de los comportamientos asociados a cada una de estas formas de maltrato y los indicadores o posibles consecuencias que puede tener para el bienestar y la salud de las personas afectadas en el Anexo 2.

Todos estos indicadores, de forma aislada o acompañados por otros, pueden servir únicamente como señales de alerta de la posible presencia de malos tratos, pero no para diagnosticar una situación de malos tratos. Para ello, es necesario realizar una evaluación pormenorizada no sólo a la persona mayor, sino al posible responsable de los malos tratos, así como al contexto de la situación (8).

Además, como se ha señalado previamente, los malos tratos pueden ser intencionales o no. Aunque en ambos casos se hablará de malos tratos, la diferencia entre una y otra situación estribará en el tipo de intervención que se realizará en función de si los malos tratos son intencionados o no lo son (8).

En referencia al abuso sexual, es importante destacar que, a pesar de ser un tipo que aparece en todas las clasificaciones, cuando se pregunta por tipos de malos tratos a grupos de edad jóvenes no es un tipo que suele aparecer. Parece que se piensa que se abusa de alguien a quien se considera atractivo o deseable y, como la vejez es vista como algo feo y nada deseable, no se asocia el abuso sexual con los mayores. Pero, lo que no tienen en cuenta, es que también se abusa de la gente vulnerable y es aquí donde los mayores pueden estar incluidos (10).

En la literatura también aparece con frecuencia otro tipo de maltrato, la **“autonegligencia”**. Este término se refiere a los comportamientos por parte del mayor que afectan a su bienestar, su salud o, incluso su seguridad (11). Bajo este término se incluiría a aquellas personas que no cuidan de sí mismas. Si se tiene en cuenta este tipo como posible situación de malos tratos podría significar que si se detecta que alguien mayor no se cuida bien (alimentación, toma de medicación, etc.), se podría intervenir. Algunos autores refieren no estar de acuerdo con este término, ya que, la expresión solo se plantea con personas mayores y puede ser entendida como una actitud paternalista hacia estas. Al profundizar más en el término se observa que en esta categoría se incluye a personas con trastorno mental, bien sea un síndrome de Diógenes o demencias. No es que la persona no se cuide, sino que hay un trastorno que no le permite cuidarse (10).

Hay que destacar que, en muchos casos, no solo se infringe un tipo de maltrato, sino más de uno (normalmente, dos tipos), siendo el maltrato emocional el que con más frecuencia acompaña a la incidencia de los demás tipos de maltrato (12). En el estudio de Bazo (2001) (13), un 48 % de los mayores que sufren algún tipo de maltrato han sufrido más de un tipo específico (11).

### Escenarios donde se da el maltrato

Existen diferentes escenarios en los que pueden darse casos de malos tratos: ámbito comunitario, doméstico, en cuidados de larga duración, y en la sociedad en general. Los estudios apuntan que el ámbito en el que se dan con mayor frecuencia los malos tratos es el comunitario, pero hay que tener en cuenta que este es el ámbito en el que ha habido más posibilidad de investigar, a diferencia del ámbito institucional, que cuenta con impedimentos muchísimo mayores. Aun en el caso de que no existan, el perfil de las personas que viven en ellos es más carencial y las condiciones ambientales de la

investigación son poco propicias, ya que suelen estar acompañados por cuidadores que modulan su discurso fácilmente.

- Cultural y convivencia social:
  - Cultura, formas de comportamiento social, la ética ciudadana y las normas sociales.
  - El reconocimiento, respeto y garantía de los derechos sociales y humanos que, a nivel legislativo, deben garantizar a cualquier ciudadano los bienes y servicios necesarios para tener una vida digna.
  - Las políticas sociales que no garanticen para las personas unos recursos, servicios (sociales, sanitarios, de vivienda, etc.), adecuados, o unas pensiones que permitan hacer frente a las necesidades estándares en el medio social en el que se vive.
  - La “mala educación”, la falta de respeto, la pérdida de valores o la no consideración del valor que las personas pueden aportar a la sociedad y a la convivencia.

El maltrato en este escenario es más percibido y denunciado por los mayores que otras formas directas de malos tratos que consideran más puntuales o infrecuentes (14).

- Domicilio y entorno familiar:
  - Producido por sus “cuidadores” (hijos, nietos...).
  - Difícil de detectar. Existe un pacto de silencio tanto por parte de la víctima como por parte del “agresor”.
  - Puede intuirse a través de los indicios, observaciones e incidentes casuales.
  - Situaciones de abandono, de negligencia, de falta de comunicación, actitudes despreciativas, de manipulación de bienes, faltas de higiene, “explotaciones” o sometimientos a trabajos indebidos o inapropiados para la edad.
  - Dichos comportamientos se dan en la vida y convivencia de muchas personas mayores, que ven cómo a medida que disminuyen sus capacidades y decae su vitalidad, se ven relegados, desautorizados o simplemente aceptados en la medida en que contribuyen con sus pensiones o con su trabajo a tareas para las que no tienen ya la fuerza moral suficiente.

Estas actitudes pueden contribuir a generar un malestar emocional (maltrato psicológico) difícil de verbalizar, exteriorizado por muchas personas mayores con expresiones referidas a sus ganas de morir.

- Maltrato institucional:
  - El que se produce en las organizaciones, centros geriátricos, centros de salud.
  - Fundamentalmente son los profesionales, por falta de preparación y/o cualificación, por estrés laboral (síndrome de quemado), por sobrecarga laboral (15), los que los provocan.

Las principales categorías de maltrato en las residencias de adultos mayores son (16,17):

- Infantilización: Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
- Despersonalización: Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente.
- Deshumanización: No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades de su propia vida.
- Victimización: Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje.

Frente a esto, la negligencia, tanto activa (descuido intencional y deliberado) como pasiva (descuido involuntario, debido a la ignorancia o a la escasa reflexión sobre la tarea encomendada) y la contención física (ataduras) o la contención química (administración de sedantes) suelen ser algunos de los abusos frecuentes en las residencias de personas mayores (15).

### Ageismo

Varios autores han traducido el término ageism al castellano y han empleado palabras como: viejismo (18), gerontofobia (19), y edadismo (20). La primera definición de este término fue “proceso de estereotipia y discriminación sistemática contra las personas por el hecho de ser viejas, de la misma forma que el racismo y el sexismo se originan por el color de la piel y el género (21). Otros autores se refieren al ageismo como “generalizaciones preconcebidas sobre las personas mayores basadas solamente en la edad” (22). Las actitudes y las creencias, las conductas discriminatorias y las prácticas institucionales, se relacionan y refuerzan mutuamente, contribuyendo a la transformación de la vejez, de un proceso natural, a un problema social en el cual las personas viejas soportan unas condiciones que les perjudica (23). Enfermedad, impotencia, fealdad, deterioro cognitivo, enfermedad mental, inutilidad, soledad, pobreza y depresión son nueve estereotipos que reflejan los principales prejuicios sociales que existen hacia las personas ancianas (23,24). Todo ello se recoge en la tesis de Sánchez (25).

Los estereotipos y las imágenes sociales negativas sobre el proceso de envejecimiento y sobre las personas mayores pueden acarrear consecuencias dañinas para ellas (25).

Este fenómeno, el ageísmo, también sucede en las residencias de personas mayores a través de la infantilización, con actitudes como realizar actividades para niños, apelar a los residentes con diminutivos (Ej. Carmencita), así como gestos y palabras que recuerdan a la interacción con niños (26). Estas actitudes se atribuyen a la falta de independencia percibida, lo que justificaría un tratamiento paternalista. La disminución de la autoeficacia, la pérdida de la identidad y el sentimiento de humillación que puede dar lugar a respuestas agresivas, no son más que formas en las que se manifiesta este fenómeno en las personas ancianas (27,28).

Existe un lenguaje específico de corte paternalista en los profesionales de ambientes institucionales, como una forma habitual de dirigirse a los residentes(25), señala senilidad o dependencia y ha sido llamado baby-talk secundario (29,30) Se caracteriza por:

- Presencia de estrategias de simplificación: velocidad lenta, vocabulario sencillo.
- Clarificación de estrategias: cuidadosa articulación y frases simples.
- Entonación emocional.
- Baja cualificación del habla: conversaciones superficiales.

Se sugiere que el empleo de este lenguaje por los cuidadores se relaciona con unas bajas expectativas de autonomía sobre los residentes, ya que, las personas que respondían positivamente a estos mensajes de habla infantil era las que funcionaban a menores niveles cognitivos y de independencia (30). Se ha relacionado también la aceptación del lenguaje infantil por los adultos mayores con una baja autoestima (29). En cuanto a la opinión de algunos ancianos residentes de un centro para mayores consideraban este tipo de lenguaje como una falta de respeto hacia ellos y como una menor competencia por parte de los profesionales que lo empleaban (29).

Todo ello se recoge en la tesis de Sánchez “Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas” (25).

### Estereotipos de la vejez

La imagen social de las personas mayores se conforma a mediados del siglo XX a partir de los estudios que realizaron algunos médicos y psiquiatras con personas seleccionadas a partir de consultas médicas, hospitales y centros psiquiátricos (31). A pesar de que la muestra era representada por la vejez patológica, se extrapolaron las conclusiones a la población general, favoreciendo un patrón generalizado de rasgos considerados normativos en la vejez (25). Estos rasgos como la enfermedad, el deterioro mental, la rigidez de pensamiento, la falta de compromiso, la dependencia, los problemas sociales y económicos constituyen estereotipos negativos hacia la vejez (24).

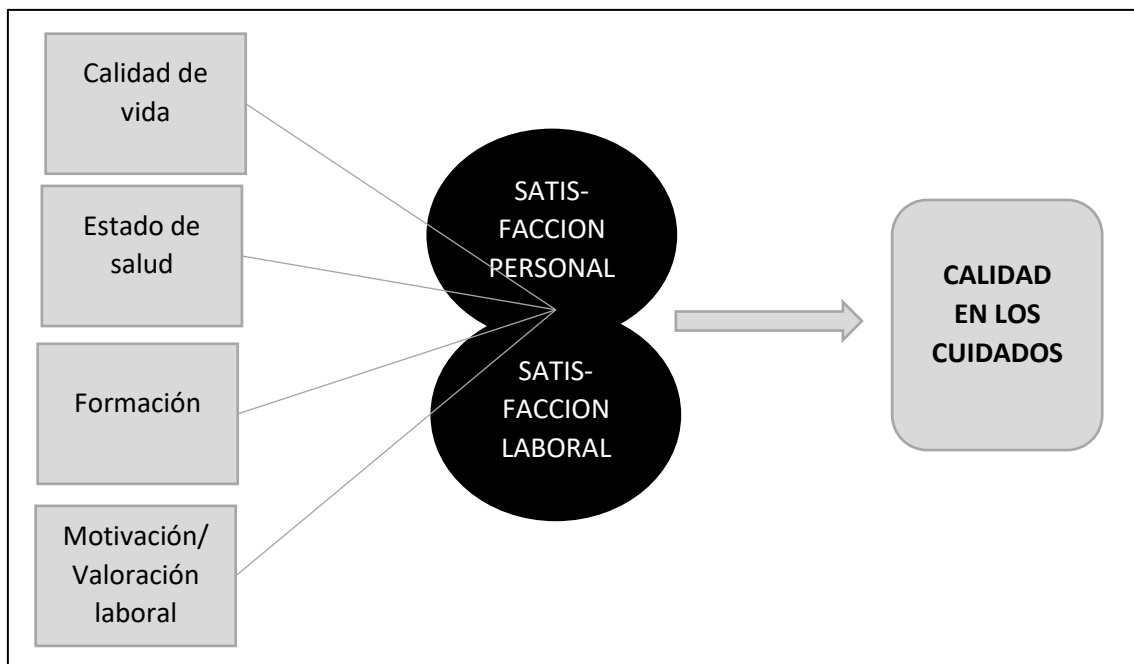
### El cuidado al mayor

El cuidado siempre ha sido una de las tareas atribuidas a las mujeres (32), sumado el valor social atribuido a los mayores (33), el cuidado a este grupo etario ha sido visto como una tarea fácil sin considerar necesaria una formación especializada (34). Sin embargo, la prevención de las úlceras por presión o la estimulación de actividades que favorezcan la reminiscencia son dos ejemplos de cuidados a personas mayores con dependencia que requieren determinadas habilidades y una formación adecuada (35).

Son diversos los factores que influyen en los cuidados: la motivación en el trabajo, la satisfacción personal, la calidad de vida (36) y el nivel de formación de los profesionales (37).


La calidad de vida es un constructo tratado desde muchas perspectivas y donde no hay acuerdo unánime (38).

Puig M., Lluch MT., Sabater P. y Rodríguez N. establecen la relación entre tener y percibir una buena calidad de vida con distintas situaciones personales. Realizan un enfoque subjetivo de la calidad de vida que los individuos ligan a distintas dimensiones relacionadas con la satisfacción laboral. De esta manera establecen un marco conceptual que puede ser útil como evaluación de la satisfacción personal versus la satisfacción laboral, relacionando estos factores con la realización de unos cuidados de calidad (37) (Figura 1).



**Figura 1:** Dimensiones relacionadas con la calidad de los cuidados. Fuente: Adaptada de Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Sabater Mateu P, Rodríguez Ávila N. Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Glob.* 2010;(19):1–6.

### Sensibilización/concienciación

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 66/127 , designa el 15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez (3).

La celebración de los Días Internacionales da la oportunidad de sensibilizar al público en general acerca de temas relacionados con cuestiones de interés, tales como los derechos humanos, el desarrollo sostenible o la salud. Al mismo tiempo pretenden llamar la atención de los medios de comunicación para que señalen a la opinión pública que existen problemas sin resolver. El objetivo es doble: por un lado, que los gobiernos tomen medidas, y por otro que los ciudadanos conozcan mejor la problemática y exijan a sus representantes que actúen (39).

El hecho de que este tema tenga un día propio representa la grave situación que esconde detrás y la necesidad de combatir el problema que encarna.



## JUSTIFICACIÓN

El maltrato de las personas mayores es un problema social global que afecta a la salud y los derechos humanos de millones de personas mayores en todo el mundo y es, por tanto, un problema que requiere la atención debida por parte de la comunidad internacional (3).

En general, se considera que las cifras obtenidas constituyen solo “la punta del iceberg”, al igual que ocurre en los malos tratos a menores y a mujeres (2). Además, se asocia a una gran morbilidad y prematura mortalidad (4).

A pesar de que ha comenzado a ganar una mayor visibilidad como problema en todo el mundo, sigue siendo uno de los tipos de violencia menos tratados en los estudios que se llevan a cabo a nivel nacional y menos abordados en los planes de acción contra la violencia (3).

Este tipo de maltrato puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas. Se estima que, en el último año, aproximadamente una de cada seis personas mayores de 60 años sufrieron algún tipo de abuso en sus comunidades, pudiendo ser mayor entre los ancianos residentes en instituciones que entre los que viven en su comunidad (3).

En esos casos la institución está por encima del anciano ejerciendo un poder absoluto sobre los residentes, que pasan a depender de las prácticas de los profesionales, que representan y ostentan un poder absoluto sobre su calidad de vida y, por qué no, su calidad de muerte (17).

Actualmente existe un rechazo social hacia la vejez, se tiene una perspectiva negativa y “el estereotipo de mayor igual a enfermo, igual a pobre, igual a pasivo, sigue estando muy arraigado en el subconsciente colectivo de una sociedad que nos maltrata de muchas maneras”. Este rechazo sumado a los cambios fisiológicos de la vejez pone a los mayores en una situación de vulnerabilidad haciendo que aumente el riesgo de sufrir maltrato.

Estas actitudes hacia la vejez y el abuso ejercido son intolerables, más especialmente cuando son ejercidos en el nuevo hogar de la persona mayor, las residencias. El presente trabajo pretende ayudar a visibilizar este problema social y que los profesionales sanitarios estén concienciados para poder ponerle fin a la vejación de los derechos de las personas mayores desde nuestro ámbito.

## OBJETIVOS

**General:** Analizar el estado actual del maltrato al adulto mayor en instituciones cerradas en España.

**Específicos:**

- Aproximar los datos epidemiológicos sobre personas maltratadas en instituciones cerradas.
- Detectar los factores de riesgo y protectores.
- Definir perfiles: persona maltratada y maltratador.
- Examinar los mecanismos de detección del maltrato.
- Analizar los métodos de prevención del maltrato.
- Establecer líneas de intervención ante el maltrato para el personal sanitario.
- Revisar el estado legal actual en relación con el maltrato a los mayores.

## METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de revisión bibliográfica sobre el maltrato al adulto mayor en instituciones cerradas en España.

Bases de datos consultadas para la búsqueda de artículos científicos: Dialnet, PubMed, Cochrane Library, la revista Gerokomos, CUIDEN, INPEA, Medes, Recolecta, Scielo, DOAJ y Plos.

La búsqueda se realizó entre el 23 de noviembre de 2019 y el 15 de enero de 2020.

Palabras clave: Maltrato, abuso, adulto mayor, anciano, institución cerrada, prevención, factor de riesgo, detección, actuación, perfil del maltratador, perfil del maltratado.

Palabras clave en inglés: Maltreatment, abuse, elder, nursing home, prevention, risk factor, detection, intervention,,abuser profile, abused people.

En la tabla 1 se presentan las bases de datos consultadas, las palabras clave y el periodo analizado en cada una de ellas.

**Tabla 1. Bases de datos consultadas**

BASE DE DATOS	PALABRA CLAVE	PERIODO DE BUSQUEDA
Dialnet	Maltrato al adulto mayor	2009-2019
	Maltrato AND anciano	2009-2019
	Maltrato AND institución cerrada	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevalencia	2009-2019
	Maltrato al mayor AND factores de riesgo	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevención	2009-2019
	Maltrato al mayor AND (detección OR intervención)	2009-2019
Cochrane	Maltreatment AND elderly	2009-2019
	Maltreatment AND nursing house	2009-2019
	Elder abuse	2009-2019
	Elder abuse AND prevalence	2009-2019
	Elder abuse AND prevention	2009-2019
	Elder abuse AND risk factors	2009-2019
	Elder abuse AND (detection OR intervention)	2009-2019
	Elder AND abuser profile	2009-2019
	Profile of abused elder people	2009-2019
PubMed	Maltreatment AND elderly	2009-2019

	Maltreatment AND nursing house	2009-2019
	Elder abuse	2009-2019
	Elder abuse AND prevalence	2009-2019
	Elder abuse AND prevention	2009-2019
	Elder abuse AND risk factors	2009-2019
	Elder abuse AND (detection OR intervention)	2009-2019
	Elder AND abuser profile	2009-2019
	Profile of abused elder people	2009-2019
<b>CUIDEN</b>	Maltrato al adulto mayor	2009-2019
	Maltrato AND anciano	2009-2019
	Maltrato AND institución cerrada	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevalencia	2009-2019
	Maltrato al mayor AND factores de riesgo	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevención	2009-2019
	Maltrato al mayor AND (detección OR intervención)	2009-2019
	Maltrato AND institución cerrada	2009-2019
<b>Gerokomos</b>	Maltrato AND prevalencia	2009-2019
	Maltrato AND ancianos	2009-2019
<b>SEGG</b>	Maltrato al (mayor OR anciano)	2009-2019
	Abuso al (mayor OR anciano)	2004-2019
<b>Scielo</b>	Maltrato al adulto mayor	2009-2019
	Maltrato AND anciano	2009-2019
	Maltrato AND institución cerrada	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevalencia	2009-2019
	Maltrato al mayor AND factores de riesgo	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevención	2009-2019
	Maltrato al mayor AND (detección OR intervención)	2009-2019
	Maltrato AND institución cerrada	2009-2019
<b>Medes</b>	Maltrato al adulto mayor	2009-2019
	Maltrato AND anciano	2009-2019
	Maltrato AND institución cerrada	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevalencia	2009-2019
	Maltrato al mayor AND factores de riesgo	2009-2019
	Maltrato al mayor AND prevención	2009-2019
	Maltrato al mayor AND (detección OR intervención)	2009-2019
<b>PLOS</b>	Maltreatment AND elderly	2009-2019
	Maltreatment AND nursing house	2009-2019
	Elder abuse	2009-2019
	Elder abuse AND prevalence	2009-2019
	Elder abuse AND prevention	2009-2019
	Elder abuse AND risk factors	2009-2019
	Elder abuse AND (detection OR intervention)	2009-2019
	Elder AND abuser profile	2009-2019
	Profile of abused elder people	2009-2019
<b>DOAJ</b>	Maltreatment AND elderly	2009-2019

	Maltreatment AND nursing house	2009-2019
	Elder abuse	2009-2019
	Elder abuse AND prevalence	2009-2019
	Elder abuse AND prevention	2009-2019
	Elder abuse AND risk factors	2009-2019
	Elder abuse AND (detection OR intervention)	2009-2019
	Elder AND abuser profile	2009-2019
	Profile of abused elder people	2009-2019

Fuente: Elaboración propia.

El período de búsqueda fue de la última década, a excepción de varios artículos en los que se amplió el periodo hasta 1969 por su relevancia.

En el Anexo 3 se encuentra la tabla de recogida de datos, en la que aparecen de manera detallada las características de los artículos seleccionados.

## SINTESIS NARRATIVA

### EPIDEMIOLOGÍA:

Según la OMS, un estudio de 2017 basado en la mejor evidencia disponible de 52 investigaciones realizadas en 28 países de diversas regiones, incluidos 12 países de ingresos bajos y medianos, durante el último año el 15,7% de las personas de 60 años o más fueron objeto de alguna forma de maltrato (1).

Hay que tener en cuenta que es probable que las tasas de prevalencia sean subestimadas, ya que, solo uno de cada 24 casos de maltrato a personas mayores es denunciado (1).

Los datos sobre el alcance del problema en instituciones como hospitales, residencias de ancianos y otros centros de atención de larga duración son escasos. Sin embargo, las revisiones sistemáticas y metaanálisis de estudios recientes sobre el maltrato a personas mayores en entornos tanto institucionales como comunitarios, basados en las denuncias presentadas por las propias personas mayores, indican que las tasas de maltrato son mucho más altas en las instituciones que en los entornos comunitarios (ver tabla 2) (1).

Las estimaciones del maltrato a personas mayores y sus subtipos en las instituciones se establecieron a partir de todos los estudios en los que figuraban datos proporcionados tanto por los trabajadores de las instituciones como por las propias personas mayores y sus representantes. Se analizaron conjuntamente un total de nueve estudios de seis países basados en las notificaciones de comisión de malos tratos realizadas por trabajadores. Según estas estimaciones, el 64,2% de los trabajadores infligió alguna forma de maltrato en el último año. Las estimaciones de los diferentes subtipos de maltrato a personas mayores notificadas por los propios trabajadores y los residentes mayores evidencian similitudes en la magnitud del problema (1).

**Tabla 2. Prevalencia de maltrato al adulto mayor OMS**

	Maltrato a personas mayores en entornos comunitarios (1)	Maltrato a personas mayores en entornos institucionales (2)	
Tipo de maltrato	Notificado por personas mayores	Notificado por personas mayores y sus representantes	Notificado por trabajadores
<b>Prevalencia general</b>	<b>15.7%</b>	<b>No hay suficientes datos</b>	<b>64,2%, o dos de cada tres trabajadores</b>
Maltrato psicológico:	11.6%	33.4%	32.5%
Maltrato físico:	2.6%	14.1%	9.3%
Abuso financiero:	6.8%	13.8%	No hay suficientes datos
Negligencia:	4.2%	11.6%	12.0%
Abuso sexual:	0.9%	1.9%	0.7%

Fuente: Tomada de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

En España, existen algunos trabajos que han intentado aproximarse al estudio del abuso o maltrato en el anciano tanto desde el punto de vista epidemiológico como mediante la búsqueda de herramientas diagnósticas del maltrato al anciano, así como la investigación de factores de riesgo en nuestro medio. Ninguno de estos estudios está hecho con una base poblacional, por lo que sus resultados no son extrapolables a la población general y tampoco están validadas las escalas o baremos utilizados (40).

Bazo (2001) (13), antes de la Declaración de Toronto, obtuvo datos de 2351 ancianos del País Vasco, Andalucía y Canarias, a través de una entrevista realizada al personal de servicio de ayuda a domicilio. Sus datos indicaron que 111 ancianos, un 4,7%, eran víctimas de maltrato familiar. La negligencia en el cuidado físico estaba presente en más del 70% de los casos, seguido por la negligencia en el cuidado psicoafectivo (alrededor del 50%) y el maltrato psicológico-emocional (entre 15% para los hombres y el 36% para las mujeres). También se describían situaciones de abuso económico y maltrato físico.

Extrapolando estos datos a la población general las cifras son alarmantes. Por otro lado, si un 4,7% de las personas mayores que reciben asistencia en su domicilio son víctimas de cuidados negligentes o malos tratos, el número absoluto de personas mayores

maltratadas que viven en sus domicilios, junto a los institucionalizados en residencias y los que están hospitalizados podría ser aún mayor de lo que conocemos (40).

Existe otro trabajo desarrollado en España, en el Centro Reina Sofía de Valencia (Iborra Marmolejo, 2008) (41), en el que se entrevistó a 2041 ancianos y a 789 cuidadores principales en el ámbito familiar durante el año 2005. Los datos de prevalencia eran bastante diferentes si la fuente de información era el anciano o era el cuidador. En función de las respuestas de los ancianos, el 1,5% decía haber experimentado maltrato, pero si el cuidador era quien informaba, el porcentaje aumentaba hasta un 4,6%. El tipo de maltrato también difería según la fuente de información: un 1,7% de los cuidadores aceptaron haber realizado abuso económico, maltrato psicológico y/o maltrato físico, mientras que los ancianos denunciaban haber sido víctimas de abuso económico en el 0,8% de los casos, 0,5% negligencia, 0,5% maltrato psicológico y sólo 0.3% de maltrato físico. La mayoría de las víctimas fueron mujeres. El riesgo de sufrir maltrato aumentaba con la edad (40).

A nivel institucional, las investigaciones realizadas sobre malos tratos en residencias u hospitales son muy escasas, o como el caso de España, inexistentes, estando la incidencia de los casos directamente relacionados con el grado de desarrollo del modelo de servicios para las personas mayores (10).

El análisis epidemiológico del maltrato de ancianos proporciona datos no siempre coincidentes. En líneas generales, los pocos existentes sobre la incidencia y prevalencia del maltrato sugieren que entre 4 y 10% de los ancianos españoles han experimentado una o más formas de maltrato y/o negligencia en algún momento de su vida desde los 65 años (40). Se ha estimado que, en España, 270 286 personas mayores de 65 años se encontraban habitando en centros geriátricos, frente a los 7 846 064 de adultos mayores que residían en hogares familiares u otros establecimientos colectivos (instituciones religiosas, militares, penitenciarias, etcétera), es decir tan sólo alrededor de un 3,3 % de los ancianos en España estaba ingresado en un centro residencial para personas mayores, de acuerdo con los datos ofrecidos por el censo de Población y Vivienda, referidos al año 2011 y publicados por el INE (2013) (42). No obstante, se espera que, en las próximas décadas, aumente el número de personas mayores institucionalizadas, produciéndose en España un incremento en el año 2060 con respecto a 2007 del 536 % (European Commission, 2009) (43,44).



## FACTORES DE RIESGO:

La OMS define como factor de riesgo cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, en este caso, de ser maltratado (45). Es necesario conocer las circunstancias personales y sociales que facilitan que se produzcan las situaciones de maltrato para poder diseñar programas de prevención e intervención (11).

Las investigaciones señalan que el aumento del riesgo de malos tratos es la suma de factores de diferente naturaleza (cultural, social, personal, familiar...), es decir, son el resultado de la interacción entre diversos factores, y no la consecuencia de un único factor. Estos factores pueden estar presentes en la propia persona mayor, en el responsable de los malos tratos y/o en el contexto de la situación. También existen factores asociados al ámbito formal, las características de la institución, de los empleados y de los residentes (8). Todos ellos se encuentran recogidos en el Anexo 4.

La situación de dependencia o las limitaciones para la realización de las actividades cotidianas aparece clara y fuertemente relacionada con el riesgo de sufrir maltrato, tanto en los estudios a la población mayor en su conjunto como en los que se han hecho a población mayor en situación de fragilidad.

El hecho de que concurran las circunstancias recogidas en el Anexo 4 no significa que necesariamente se den malos tratos, pero sí aumentan la probabilidad de que se produzcan, de forma que cuantos más factores de riesgo concurren en una circunstancia concreta tanto más probable es que puedan darse los malos tratos, aunque no existe una relación de causalidad directa, sino de probabilidad estadística (11).

En cuanto a las características de las residencias, se encuentran varios factores que favorecen la aparición de malos tratos (15):

- La falta de vínculos entre los residentes contribuye a que las relaciones sean más impersonales, se pierda parte de la autonomía, privacidad e identidad.
- Frecuentemente su modelo de gestión está basado en la eficiencia económica, lo que contribuye a perder la perspectiva humana e individual de los residentes, y a que se establezcan procedimientos rígidos y homogéneos o se programen actividades sin procesos de participación.
- El funcionamiento muy protocolizado de algunas instituciones favorece el trabajo rutinario y dificulta la personalización de los tratamientos, obviando las características personales, la historia, cultura, valores, circunstancias... de las personas residentes.
- Los cambios que se introducen en las residencias se realizan sin contar con la opinión o autorización de las personas que están en los niveles jerárquicos inferiores y sin el conocimiento de las personas atendidas en la residencia.

- Los códigos éticos de los profesionales que trabajan en una residencia no siempre son coincidentes, lo que puede contribuir a la falta de revisión sobre las prácticas que se realizan.
- Las relaciones entre profesionales y residentes están condicionadas por la prolongada duración de los cuidados, creando una familiaridad que puede tener efectos negativos en el trato que se establece.

Algunos autores indican que determinados factores estructurales, profesionales, laborales y psicológicos están relacionados con el maltrato en la institución como se recoge en la tabla 3.

**Tabla 3. Factores de riesgo relacionados con la institución**

<b>FACTORES ESTRUCTURALES</b>	Espacios poco hogareños, medios insuficientes o inadecuados, barreras de movilidad, poco personal, programas asistenciales escasos o inadecuados, predominio de servicios hosteleros frente a los programas asistenciales, falta de equipo o escasez de coordinación en éste.
<b>FACTORES PROFESIONALES</b>	Insuficiente preparación, ausencia de directrices u objetivos claros, desconocimiento del maltrato, falta de apoyo y supervisión.
<b>FACTORES LABORALES</b>	Horarios excesivos, sobrecarga, ritmos no sincronizados (horas sueltas, turnos atípicos), poca estabilidad en el tipo de trabajo, sueldos limitados.
<b>FACTORES PSICOLÓGICOS</b>	Conflictiva personalidad del trabajador, deficiencia en habilidades sociales y manejo de estrés, insuficiente motivación, escasa empatía, manejo inadecuado de la hostilidad y de las situaciones que implican la agresión, problemas con el envejecimiento, deficiente autocontrol y limitada autocrítica.

Fuente: Tomada de Estrada JDR. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. Junta de Castilla y León. 2008. P. 93.

A efectos de prevención, la identificación de estos factores de riesgo sirve para prestar mayor atención e indagar con mayor profundidad en los casos concretos en que concurren estos factores de riesgo (11).

## FACTORES PROTECTORES:

### Factores protectores en la persona mayor:

- Mantener la actividad física, ocio y tiempo libre favoreciendo la autonomía.
- Tener apoyo psicológico.
- Realizar seguimiento a los “abuelos golondrina”.
- El reconocimiento de experiencias de malos tratos.
- El respeto a los derechos de las personas mayores.

### Factores protectores presentes en el responsable de malos tratos:

- Disponibilidad de ayuda para el cuidado principal.
- Obtener formación sobre las necesidades de las personas mayores.
- La estabilidad o independencia económica del cuidador.
- Favorecer la empatía y las relaciones sociales.

### Factores protectores en la familia:

- Tener accesibilidad a servicios de respiro familiar.
- Acceso a la atención domiciliaria.
- Adaptar las viviendas a las necesidades del mayor.

### Factores protectores en el ámbito institucional:

- Condiciones laborales adecuadas.
- Actividades de promoción de la salud.
- Formación continuada.
- Tener los recursos adecuados.
- Establecer criterios de buena práctica-estándares de calidad.
- Trabajo en equipo multidisciplinar.
- Evaluación periódica.
- Adaptación del centro a las necesidades.

### Factores protectores en la sociedad:

- Ciudades amigables a las personas mayores.
- Promoción de los derechos de los mayores.
- Servicios de voluntariado y cooperación social.
- Viviendas e infraestructuras adecuadas.
- Garantizar el cumplimiento de las leyes y normas.
- Difundir imágenes positivas de las personas mayores.

### Factores protectores en los profesionales:

- Desarrollo de módulos formativos y el desarrollo de instrumentos que faciliten la detección, notificación y registro de casos.

(8)

## FORMAS DE MALTRATO EN INSTITUCIONES:

Entre las formas de maltrato en instituciones se encuentran:

- No suministrar adecuadamente los medicamentos.
- No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
- Comentarios inadecuados o hirientes.
- No permitir la intimidad (higiene, sexo, soledad).
- Restricciones físicas: 35-60% de personas dependientes.
- No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
- No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
- Falta de un plan adecuado de cuidados.

(16)

Se carece de una legislación estatal que normativice el empleo de las medidas físicas y químicas en las personas ancianas, estén o no institucionalizadas o padezcan o no una demencia. Sin embargo, iniciativas internacionales como los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad o los informes del Comité Europeo para la prevención de la tortura, entre otras, permiten esbozar unas directrices generales acerca del empleo de las medidas físicas y químicas (46).

- En los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad se afirma: “Todo paciente tendrá derecho a ser tratado lo menos restrictivamente posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador que le corresponde a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la salud física de terceros” (47).
- En los Informes del Comité Europeo para la prevención de la tortura se remarca: “...los instrumentos de represión deberían ser retirados a la mínima oportunidad; no se deberían usar, ni prolongar su aplicación como castigo”, así como: “La represión de pacientes agitados y/o violentos puede ser necesaria en algunas ocasiones” (48). Es decir, el empleo de medidas de restricción física y los psicofármacos pueden ser empleados siempre que se minimicen su duración y sus consecuencias negativas.

El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura ha hecho recomendaciones al respecto de aquellos aspectos que a su juicio debe incluir una futura legislación estatal que limite el empleo de sujeciones químicas o físicas. Así, se deberían definir adecuadamente lo que constituye o no una sujeción, los supuestos permitidos de aplicación de medidas físicas y psicofármacos, la proporcionalidad e idoneidad de esas medidas, su duración, la autorización para su uso, el personal capacitado para su aplicación, la documentación necesaria a cumplimentar, los métodos para evaluar los efectos y resultados de su empleo y las garantías necesarias para el paciente (48).

### Contención física:

La restricción física es cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo (46).

La tasa de prevalencia de restricciones físicas en las residencias en España está alrededor del 39.6% (46).

En líneas generales el perfil del mayor con restricción física es una mujer con un proceso neurológico, mayor de 80 años, que lleva con restricción hace más de un año de forma continuada (49).

Las razones por las que se utilizan las contenciones físicas en el anciano según López-Álvarez et al. (2019) son (46):

- La creencia del personal cuidador de dar una mayor seguridad a los pacientes frágiles, especialmente a los de edad avanzada, evitando caídas y lesiones.
- Prevenir la interferencia del paciente con tratamientos o para proteger instrumentos de monitorización.
- Por conveniencia de los cuidadores más que por fines terapéuticos o de seguridad.
- Prevenir el vagabundeo.
- Ayudar a mantener la correcta posición anatómica del cuerpo.
- A veces la razón es incierta.

### Tipo de restricción (49):

- Barandillas completas.
- Restricciones de tronco.
- Restricciones con silla.

La restricción es continuada para la mayoría de los pacientes, siendo la duración de esta mayor a un año en más del 50% (49).

### Consecuencias negativas para el adulto mayor (ver tabla 4) (50):

- Estrés físico y psicológico. La pérdida del control sobre uno mismo pone en marcha los mecanismos del estrés. Como consecuencia pueden aparecer úlceras gastroduodenales o la depresión del sistema inmunitario.

- Reducción del apetito, deshidratación, disminución del volumen plasmático e hipotensión con riesgo de síncope y caídas.
- Inmovilidad. Como consecuencia: debilidad, pérdida de fuerza y riesgo de caídas, deterioro funcional de las actividades básicas de la vida diaria, incontinencia...
- Mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas.
- Alteraciones sensoriales. El uso de restricción produce un aislamiento del entorno y una relación alterada con el personal cuidador.
- Aumento de la agitación.
- Incremento de pérdida de memoria.
- Mayor incidencia en infecciones nosocomiales.
- Aumento de las reacciones negativas de los pacientes y también hacia los pacientes. Fomenta el distanciamiento y aislamiento del paciente del personal sanitario, dificultando la adecuada exploración y cuidados básicos y esenciales, que no se pueden realizar con facilidad de forma rutinaria. La restricción induce a estos a pensar que el paciente no es capaz de comunicarse, disminuyendo la comunicación natural con él.
- Abrasiones en piel, úlceras, lesiones nerviosas.
- Posibilidad de muerte directa por asfixia. Se han descrito bastantes casos de muerte por asfixia debida al material utilizado para la restricción. Se estima que 1/1.000 muertes en instituciones residenciales es atribuida al uso de restricción física.

**Tabla 4.** Consecuencias negativas del uso de restricciones físicas en el adulto mayor

<b>Consecuencias negativas del uso de restricciones físicas en el adulto mayor</b>
- Severo estrés físico y psicológico
- Disminución del volumen intravascular
- Inmovilidad
- Deterioro de las actividades de la vida diaria
- Mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas
- Alteraciones sensoriales
- Agitación
- Aumento de pérdida de memoria
- Mayor incidencia de infecciones nosocomiales
- Aumento de complicaciones no relacionadas con la enfermedad de base
- Úlceras cutáneas, lesiones nerviosas.
- Posibilidad de muerte por asfixia

Fuente: Adaptada de Alarcón Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36(1):46–50.

En pacientes dependientes puede suponer abuso o en amenaza o conclusión de la libertad de deambulación (50).

No hay ningún estudio que haya demostrado que exista ningún grupo o subgrupo de individuos ancianos que se beneficien del uso de restricción física (50).

Reivindicar los protocolos de seguimiento es un arma de doble filo, puesto que todo lo que se regula se asume como adecuado. Por otra parte, si asumimos que existen situaciones excepcionales que pueden llevar a un profesional al uso temporal de las restricciones físicas, es necesario establecer entre el equipo profesional las reglas, los criterios de uso donde prevalecen el cuidado y los derechos del mayor (49).

Alarcón (50) propone una guía para el correcto uso de las contenciones físicas, que siempre deberían ir unidas a (51–55):

- El uso de restricción física debe ser reflejo del trabajo en equipo entre médico-enfermera, indicar la razón para su uso, y constatarse en la hoja de prescripciones médicas, salvo que sea una situación de emergencia.
- Sólo utilizarse durante cortos períodos de tiempo, indicando su duración y de forma temporal.
- La restricción debe ser revisada cada 30-60 minutos, y cada miembro debe ser liberado de la restricción al menos una vez cada hora, valorando las necesidades básicas del paciente: sed, ganas de comer, necesidad de defecar, orinar...
- Se debe dar oportunidad de movilidad y ejercicio al paciente con restricción física, al menos durante 10 minutos cada dos horas.
- Se debe revisar cada tres o cuatro horas los posibles efectos negativos como úlceras, abrasiones... que pueda originar la sujeción en el paciente. Ésta debe originar un discomfort mínimo en el paciente.
- Nunca se utilizará la restricción física como sustituto de vigilancia.

### Contención química:

La contención química es el empleo deliberado e intencional de psicofármacos, para un problema de base no psiquiátrica ni médica, el cual podría responder mejor a un abordaje no farmacológico, originando el uso de psicofármacos una limitación de la actividad física y mental del sujeto (56).

### Hay dos causas principales para su uso:

1. Causas ajenas a la persona:
  - Debidas a problemas organizativos y a la actitud o creencias de los profesionales.
  - La aplicación de un psicofármaco muy difícilmente podrá inducir un cambio real en la conducta del paciente catalogada como problemática.

2. Causas que tienen su origen en el propio paciente:

- Una conducta “problemática” no siempre tiene que constituir un síntoma de un síndrome potencialmente tratable mediante la aplicación de un psicofármaco.
- El tratamiento psicofarmacológico solo estaría indicado en presencia de un trastorno mental definido y objetivable, susceptible de tratamiento farmacológico específico.
- Constituye un uso inapropiado de los psicofármacos cuando éstos son pautados a pesar de existir alternativas no farmacológicas o cuando no hay un trastorno mental.
- La equiparación errónea entre conducta indeseada y síntoma conlleva la aplicación de sujeciones químicas ante situaciones como la carestía de personal que impide prestar los cuidados apropiados, su empleo para reducir los ruidos o forzar el respeto de las normas, por conveniencia de los profesionales, familiares u otros usuarios o simplemente por falta de conocimiento.

Las conductas problemáticas a las que se hace referencia son la deambulación errática y las verbalizaciones o conductas que confronten las normas explícitas o implícitas, como alzar la voz o los intentos de no permanecer en la cama. Estas pueden ser conductas primero “patologizadas” y posteriormente “medicalizadas”.

Condiciones que incrementan el riesgo de sujeciones:

- Menor espacio físico, menor tiempo disponible de intervención y la elevada carga de trabajo.
- La intolerancia de familiares, trabajadores, gestores u otros usuarios a conductas que no satisfacen las expectativas de comportamiento.
- La escasa formación del personal en abordajes no farmacológicos.
- El horario nocturno, donde confluyen factores como la escasez de personal, el insomnio crónico verdadero y los falsos insomnios motivados por la exigencia contraria a la fisiología humana de pasar un número elevado de horas en la cama.

En el contexto de un anciano institucionalizado, máxime si padece una demencia, la posibilidad de elegir, incluyendo la posibilidad de oponerse a un abordaje determinado, puede no ser tenida en cuenta. Ante la aparición de una conducta no esperada, es fácil que ésta sea considerada una conducta problemática, y de ahí a considerar que constituye un síntoma potencialmente tratable solo hay un paso.

Ante esta “dinámica de poder” que permite que puedan perpetuarse las sujeciones tanto físicas como químicas, la buena praxis pasa por un ejercicio activo de reflexión con respecto a las prácticas de prescripción y por la adopción de medidas que defiendan esa buena praxis y persigan la mala praxis (46).



## PERFIL DEL MALTRATADOR/MALTRATADO:

Anetzberger (2000) (57) ha desarrollado un modelo explicativo y comprensivo de las situaciones de maltrato. Su modelo se centra en la idea de que el maltrato es el resultado primariamente de las características del responsable del maltrato y secundariamente de las características de la persona cuidada y del contexto en que tiene lugar el maltrato al mayor. Las principales características se encuentran recogidas en el Anexo 4.

En cuanto al perfil del maltratador, se estima que el 53% de los agresores son hombres y el 47% mujeres (58). Son personas de edad media, con estrés o sobrecarga, ira, poco satisfechos con su vida personal y/o laboral. Entre otros rasgos se encuentran, el consumo de sustancias, los trastornos psicológicos y el deterioro cognitivo (8,59).

En referencia a la víctima de malos tratos el perfil es de una mujer de edad avanzada, con deterioro cognitivo, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con incontinencia urinaria, sentimientos de tristeza y soledad, y poco apoyo familiar (8,59).

He realizado unas infografías que permiten ver de manera rápida los perfiles de la víctima de maltrato en instituciones y del agresor. Ver Anexo 5.

## DETECCIÓN:

Los indicadores sanitarios son variables que reflejan el estado de salud de las personas. La OMS precisa que “indican” o al menos reflejan una situación de salud, siendo variables que ayudan a medir los cambios sobre todo cuando éstas no pueden medirse directamente. Idealmente deben tener unas propiedades como son el ser válidos, objetivos, sensibles y específicos.

Los indicadores ayudan a la detección del maltrato, o al menos a iniciar una sospecha de este. En el Anexo 2 se recogen indicadores de cada tipo de maltrato.

### Signos o conductas que podemos observar que pueden indicar la existencia de malos tratos:

- En la persona mayor: Miedo hacia familiares o cuidadores profesionales, no querer responder a preguntas, proyectar miedo hacia el cuidador, cambiar el comportamiento cuando el cuidador sale de la habitación, manifestar sentimientos de soledad y baja autoestima, calificar al cuidador como persona “enfadada”.
- En el cuidador responsable: Sufrir nivel alto de estrés, intentar evitar que profesional y persona mayor interactúen en privado, contestar a preguntas dirigidas a la persona mayor, olvidar citas de la persona mayor con el médico. no poseer conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, no estar satisfecho con su tarea como cuidador, utilizar un lenguaje poco amable con la persona mayor o todo lo contrario, estar excesivamente atento con la persona mayor y el profesional, culpabilizar al mayor, quejarse de los costes que suponen las necesidades de éste...
- En la interacción entre ambos: Contar historias incongruentes o contradictorias, observar una relación conflictiva entre ambos, la existencia de crisis recientemente, mantener una relación de indiferencia (9).

Una de las principales barreras para la detección del maltrato por los profesionales de enfermería es la escasa disponibilidad de protocolos para su valoración y las fuentes donde solicitar ayuda en caso de encontrarse frente a un evento de maltrato. Entre las posibles soluciones se encuentran: contar con ayuda telefónica en caso de maltrato al adulto mayor, contar con un listado con los recursos disponibles que puede utilizar el anciano en caso de maltrato y educación continua en este tema (60).

Daniel Rueda Estrada y Fco. Javier Martín Martín (2011) han creado un cuestionario para poder detectar el maltrato al adulto mayor en las residencias. Se realiza mediante entrevista personal de manera directa a las personas mayores, para ello previamente debe conocerse el grado de capacidad de dichas personas, ellos aplicaron el Mini Mental test (Anexo 6) y el Índice de sospecha de malos tratos a las personas mayores

EASI (Anexo 7): Elder Abuse Suspicion Index, elaborado con la participación de diversos países, del INPEA y la SEGG.

El cuestionario consta de tres partes: ficha para el conocimiento del centro residencial, cuestionario-ficha sobre la persona mayor y el cuestionario estandarizado sobre la percepción del trato.

1. Datos referidos al centro residencial: ubicación, titularidad, tamaño, precio plaza residencial, recursos humanos, programación de actividades.
2. Datos de identificación de la persona mayor: edad, sexo, estado civil, número de hijos, tiempo de permanencia en el centro, nivel de estudios, tipo de trabajo realizado, tipo y cuantía de pensión, situación patrimonial...
3. Percepción sobre el estado de salud, para conocer tanto su situación real como la forma de percibir el trato que se le dispensa. En esta área se intenta detectar tanto su capacidad o autonomía como las necesidades de apoyo que necesite en diferentes áreas: aseo personal, deambulación y relacional. Percepción del trato que recibe tanto de los profesionales de la residencia (dirección, servicios administrativos, auxiliares, personal sanitario...), como de los residente y familiares.

En el instrumento para la detección de los malos tratos entre los residentes se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Aspectos institucionales, con especial atención a la percepción/valoración sobre determinadas prácticas (contención física, contención farmacológica, asistencia de cuidados personales o sanitarios...); valoración de servicios (cocina, limpieza, talleres...); trato con los residentes; quejas o denuncias sobre situaciones de negligencia o maltrato recibido o presenciado; conocimiento y valoración sobre comportamientos de respeto, privacidad, etc.
- Aspectos físicos: castigos, gritos, empujones, agresiones, hematomas, etc.
- Aspectos psicoafectivos: nivel de integración, comunicación, participación, comportamientos inadecuados o impúdicos de ámbito sexual, etc., en la dinámica y en las actividades de la residencia.
- Aspectos económicos-financieros: respeto a las propiedades, comportamiento de familiares, residentes o profesionales sobre patrimonio y objetos personales (dinero, ropa, joyas...).
- Negligencia y abandono: en aspectos referidos a la vida diaria, salud, integración, etc.

El cuestionario para la detección del maltrato a personas mayores sin deterioro cognitivo consta de 59 ítems, dividido en 9 apartados (15), tal como se presenta en el Anexo 8.

## PREVENCIÓN:

Con el fin de anticiparnos a la aparición de estas conductas contra los mayores, Riera et al. (2011) (61) ponen de manifiesto que las medidas para la prevención deberían implicar a una gran parte de las instituciones y administraciones públicas del ámbito educativo, sociosanitario y jurídico. Proponen las siguientes medidas para la prevención del maltrato, que considero pueden ser aplicables de manera general:

- Reconocer públicamente la existencia del maltrato hacia las personas mayores.
- Promover una normativa específica para proteger a los mayores.
- Sensibilización: dirigida a los profesionales, a las familias y a toda la sociedad. El objetivo es visibilizar el fenómeno del maltrato y al mismo tiempo modificar actitudes.
- Garantizar la formación de colectivos implicados, profesionales sanitarios, de recursos sociales, de seguridad y judiciales. Para poder hacer un buen abordaje es necesario garantizar jornadas formativas para todo el colectivo de trabajadores de la administración y de las entidades privadas para dar a conocer los circuitos legales de actuación y denuncia.
- Disponer de una legislación específica de protección para las personas mayores respecto a los abusos. La existencia de una obligación ética y legal de notificar a las autoridades los casos de sospecha, debiendo emplear medidas de protección para los denunciantes.
- Formación para las personas cuidadoras, profesionales o no, sobre los derechos y las estrategias de buen trato.
- Garantizar la optimización de los estándares de calidad de los servicios e instituciones residenciales, públicas o privadas, para asegurar una intervención de calidad.
- Garantizar que todos los servicios de Atención Primaria, los usuarios, las personas que residen en instituciones y las familias sepan de la existencia de servicios de inspección.
- Difundir a todas las personas mayores y a sus familias las líneas telefónicas para poder denunciar las posibles situaciones de maltrato hacia las personas mayores.
- Campañas publicitarias, charlas, mesas redondas y foros de debate para poder publicitar el problema e informar, para visibilizar las consecuencias del maltrato.
- En el ámbito educativo, programar actividades de formación para el profesorado y para los alumnos con el objetivo de que nadie considere la violencia como una manera de resolver conflictos. También emprender proyectos que hagan fomentar la convivencia y el respeto de los niños y jóvenes hacia los ancianos.
- Dar a conocer el mapa de recursos existentes en cada comunidad para atender a las personas mayores.
- Crear "Observatorios de buenos tratos" en las ciudades para atender a su gente mayor: el programa de actividades estaría centrado en estudiar, investigar y difundir documentos, publicaciones, recomendaciones, guías, formación en buenos tratos a los mayores, además de dar herramientas de información y aprendizaje para las personas que cuidan de los mayores. Estaría dirigido a

personas dependientes, en riesgo de maltrato, familiares, cuidadores y profesionales de la salud.

En líneas generales, Rubio (2012) (60) destaca que la formación, la supervisión y el asesoramiento de los profesionales orientada a capacitarlos a través de la educación continua en el manejo del maltrato, se considera un recurso necesario, al igual que aumentar los recursos sociosanitarios permitirá prevenir e intervenir en este ámbito. Además de un buen nivel educativo y económico de la población y una sociedad que contemple más las necesidades de los ancianos (62). Los adultos mayores sugieren algunas estrategias para evitar el maltrato, las cuales son denunciarlo a las autoridades, impulsar respeto hacia ellos desde la escuela y en la familia, así como divulgarlo en la prensa, radio y televisión (63).

## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN:

Pérez-Rojo (2013) (10) hace un repaso desde 1989 hasta 2009 de diferentes intervenciones a nivel nacional e internacional, con modelos de programas de formación en habilidades e información aplicados a los responsables de los cuidados (formales e informales). Algunos estudios no analizaron la eficacia, sin embargo, la mayor parte de estos programas de intervención demostraron su eficacia.

La autora concluye manifestando la necesidad de trabajar en el desarrollo y aplicación de programas de intervención, tanto para cuidadores familiares como profesionales, que ayuden, por un lado, a eliminar factores de riesgo y prevenir situaciones de malos tratos, y por otro lado, a fomentar situaciones de buen trato hacia las personas mayores.

AGE Platform (2017) (64), el principal grupo de interés a nivel europeo de defensa de los intereses de los mayores, señala que «hay una falta de acción generalizada en los países europeos para luchar contra los malos tratos y proteger a las víctimas». Este grupo aboga, entre otras medidas más concretas, por la necesidad de sensibilizar a la población en su conjunto y desarrollar medidas preventivas que combatan las imágenes negativas sobre los mayores, apoyar a los cuidadores informales (a través de servicios de respiro, excedencias laborales, flexibilidad laboral y formación) y proveer servicios de cuidado formal accesibles y de calidad, con formación específica a los cuidadores profesionales.

Estas demandas ponen de relieve la necesidad de una estrategia integral de lucha contra esta forma de violencia, como viene abogando la Organización Mundial de la Salud (2015) (65), sobre todo teniendo en cuenta que no solo es un problema actual que atenta contra los derechos humanos y la salud de las personas, sino que, como consecuencia del envejecimiento de la población y los desafíos sociales que este representa para el modelo social europeo, es previsible que aumente.

Las principales recomendaciones que hace la OMS para combatir este problema son (11):

- Desarrollar e implementar políticas y planes nacionales para prevenir el maltrato a los mayores.
- Mejora de los datos disponibles y seguimiento.
- Evaluación de los programas y medidas.
- Reforzamiento del apoyo a las víctimas.
- Desigualdad en el maltrato a los mayores.
- Sensibilización y prevención.

Cabe destacar la intervención de Burqueño en CEOMA (66) con el programa de desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer cuyo objetivo es lograr un uso racional de sujeciones en centros de cuidados prolongados de España, acorde al uso que se hace en países de nuestro entorno. Va dirigido a personas mayores dependientes que reciben

cuidados prolongados en instituciones. Es una iniciativa pionera en nuestro país y posee un elevado carácter innovador porque aborda de forma integral la práctica habitual de los centros y tiene implicaciones éticas, legales y de mejora de la calidad en el desempeño del trabajo de todos los trabajadores.

Se han realizado 76 intervenciones integrales en centros que han demostrado que las intervenciones son eficaces y que producen un fuerte impacto en el centro, su personal y sus directivos.

En 2013 ya se habían acreditado como “Centros Libres de Sujeciones” por CEOMA un total de 29 residencias, muchas de ellas llevaban sin utilizar sujeciones durante más de un año, lo cual habla de la consolidación de una cultura no restrictiva (66).

## MARCO LEGAL:

Desde una perspectiva jurídica se podría entender el maltrato como “aquellas acciones u omisiones, normalmente constitutivas de delito o falta, que tienen como víctima a la persona mayor, y que se ejercen comúnmente de forma reiterada, basadas en el hecho relacional, bien sea éste familiar o de otro tipo”.

Hay que tener en cuenta que la víctima suele estar sometida por varios factores como la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social, vínculos económicos, sociales y jurídicos, lo que le impide escapar del control de los agresores. Además de, frecuentemente, padecer una mayor vulnerabilidad por carencias físicas y/o psíquicas, es víctima tanto por comisión como por omisión.

Todo ello hace que resulte difícil probar los casos de malos tratos o violencia en el ámbito tanto institucional como doméstico, tal como pone de manifiesto el Informe de la Comisión de Estudios e Informes del Consejo General del Poder Judicial, debido a:

- Falta de conciencia social para calificar estos comportamientos como delictivos.
- La diferenciada situación de poder que existe entre profesionales y las personas mayores que atienden o con las que establecen una relación profesional e institucional.
- La privacidad familiar facilita la impunidad al agresor, por la dificultad de descubrirlo.
- El entorno privado propicia la ocultación social de su existencia.
- El entorno doméstico dificulta la prueba de los mismos tanto en el nivel policial como judicial.
- La ignorancia, temor y pudor de las víctimas.
- La relación de dependencia económica de la víctima.

Ante personas que sufren deterioro cognitivo hay que dar una mayor protección debido a que en ocasiones se abusa de esa circunstancia, aumentando, además, algunas veces, el nivel de agresividad tanto física como verbal de las personas cercanas. Por ello, se señala que la incapacitación, aunque no es un sistema que garantice al cien por cien la protección de la persona mayor, aporta cierta seguridad a la situación general del anciano, al exigir la figura del tutor, el cual debe:

- Procurar alimentos en sentido amplio al incapacitado.
- Promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad.
- Informar anualmente al juez sobre la situación del incapacitado.



Desde el punto de vista de la legislación penal, tampoco es mucha ni clara la legislación sobre los malos tratos en general y nula la legislación específica aplicada a las personas mayores.

Teniendo en cuenta que el sujeto pasivo del delito es aquel que sufre las consecuencias de forma directa, es decir la víctima, es más fácil que sean las personas mayores debido sobre todo al mayor grado de vulnerabilidad (9).

## LEGISLACIÓN PROTECTORA EN LA ACTUALIDAD

### a) CONSTITUCION ESPAÑOLA:

Capítulo II sobre derechos y libertades especialmente protegidos, Martínez (2005) (67) “Por el mero hecho de ser personas todos tenemos unos derechos que han de ser respetados y sin los que difícilmente podemos desarrollarnos plena y libremente”: Derecho a la igualdad plena ante la ley, derecho a la vida, a la libertad, al honor, intimidad y propia imagen, derecho a la libertad de residencia, a recibir información veraz, a la participación activa en los asuntos públicos, a la tutela de los jueces...

De manera más concreta señalaremos algunos artículos constitucionales, que, aunque no se refieran en concreto a las personas mayores han de ser tenidos en cuenta al abordar el aspecto legal de los malos tratos a personas mayores.

- Artículo 9: en el que se señala que “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.
- Artículo 10: sobre derechos y deberes fundamentales, en el que expresamente se afirma que: “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.
- Artículo 14: sobre derechos y libertades, en el que se afirma que “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.
- Artículo 15: referido a los derechos fundamentales y de las libertades públicas, donde se afirma que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

- Artículo 17: toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.
- Artículo 18: se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
- Artículo 24: todas las personas tienen derecho a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos, sin que, en ningún caso, pueda producirse indefensión.
- Artículo 50: los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

*b) CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (2000/C 364/01)*

- El Artículo 3: sobre Derecho a la integridad de la persona establece que “toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica”.
- El Artículo 4: sobre Prohibición de la tortura y de las penas o los tratos inhumanos o degradantes, señala que “nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.
- El Artículo 17 se refiere al Derecho a la propiedad y señala que “toda persona tiene derecho a disfrutar de la propiedad de sus bienes adquiridos legalmente, a usarlos, a disponer de ellos y a legarlos. Nadie puede ser privado de su propiedad más que por causa de utilidad pública, en los casos y condiciones previstos en la ley y a cambio, en un tiempo razonable, de una justa indemnización por su pérdida. El uso de los bienes podrá regularse por ley en la medida que resulte necesario para el interés general”.
- El Artículo 21 aborda el tema de la discriminación, prohibiendo “toda discriminación, y en particular la ejercida por razón de sexo, raza, color, orígenes étnicos o sociales, características genéticas, lengua, religión o convicciones, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual. Se prohíbe toda discriminación por razón de nacionalidad en el ámbito de aplicación del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y del Tratado de la Unión Europea y sin perjuicio de las disposiciones particulares de dichos Tratados”.
- El Artículo 23 aborda el tema de la igualdad entre hombres y mujeres, señalando que “será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución. El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que ofrezcan ventajas concretas en favor del sexo menos representado”.
- Artículo 47, referido a la tutela judicial, establece que “toda persona cuyos derechos y libertades garantizados por el Derecho de la Unión hayan sido violados tiene derecho a la tutela judicial efectiva respetando las condiciones

establecidas en el presente artículo. Toda persona tiene derecho a que su causa sea oída equitativa y públicamente y dentro de un plazo razonable por un juez independiente e imparcial, establecido previamente por la ley. Toda persona podrá hacerse aconsejar, defender y representar”.

#### *c) LEGISLACIÓN ESPECÍFICA*

En el marco de la legislación específica se citan distintas leyes de ámbito nacional. En el primer apartado destacan los artículos del Código Civil, referidos al tema de alimentos a parientes (Artículos 142 a 153); los temas de tutela e incapacitación [Artículo 199-200, Artículos 222- 223 (Artículo modificado por la Ley 41/2003, de 18 de noviembre)], Artículo 269 (obligaciones del tutor) y 270 (administración de la tutela); sobre los procesos a cerca de la capacidad de las personas (Artículos 756-763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil).

Los delitos que sufren las personas mayores suelen tener carácter patrimonial, como estafas y delitos contra la propiedad, aunque también se detectan delitos de lesiones y maltrato. A pesar de esta fragilidad, la legislación penal no establece una especial protección para los ancianos, y se les considera al igual que otros colectivos que tengan dependencia económica o de tutela o guarda.

#### El régimen sancionador se limita a unos preceptos muy concretos:

- Incumplimiento de los deberes legales de asistencia de la tutela, o de prestar la asistencia necesaria para el sustento de sus ascendientes o cónyuge, que se hallen necesitados: pena de arresto de ocho a veinte fines de semana (Art. 226 C. Penal).
- Abandono de una persona declarada incapaz, y la utilización de estas personas para mendicidad: pena prisión de seis meses a un año, si se emplea violencia o intimidación, o se les suministra sustancias perjudiciales para su salud: pena de prisión de uno a cuatro años (art. 232 C. Penal).
- Encontrar abandonado a un incapaz, y no presentarlo a la autoridad o a su familia, o no prestar auxilio: pena de arresto de tres a seis fines de semana o multa de uno a dos meses (art. 618 C. Penal).
- No prestar asistencia o auxilio a una persona de edad avanzada que se encuentre desvalida y dependa de sus cuidados: pena de multa de diez a veinte días (art. 619 C. Penal).
- Inducción a abandonar el domicilio familiar: pena de prisión de seis meses a dos años (art. 224 C. Penal).
- Abandono de un incapaz por parte de la persona encargada de su guarda: pena de uno a dos años; si el abandono lo realiza el tutor o guardador legal: prisión de dieciocho meses a tres años. Cuando las circunstancias del abandono hayan puesto en peligro la vida, salud, integridad física o libertad sexual del incapaz: prisión de dos a cuatro a cuatro años (art. 229 C. Penal).

#### d) CÓDIGO PENAL

De especial interés es el Código Penal. Dentro de las recientes reformas del Código Penal se señala la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, que modifica el Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos; y la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre.

Desde el punto de vista penal, se distinguen dos niveles o tipos de conductas que inciden en los malos tratos y que requieren consecuencias o castigos penales diferentes: los delitos y las faltas. Lo difícil es saber cuándo un comportamiento o acción es considerado como un acto punible o un acto reprobable pero no punible, es decir, cuándo se puede hablar de delito y cuándo de falta.

En el campo de los delitos, según el Código Penal, podemos citar:

- Delitos contra la vida y la integridad física (homicidio, asesinato, cooperación al suicidio, eutanasia...).
- Delitos relacionados con lesiones (arts. 147-153).
- Delitos contra la libertad: privación de libertad, amenazas, coacciones, detenciones ilegales (art. 163: inmovilizaciones o confinamientos paliativos, 169, 172).
- Delitos contra la integridad moral y torturas: tratos denigrantes, menoscabo grave de la integridad moral, trato vejatorio... (art. 173).
- Omisión del deber de socorro, en caso de desamparo y en peligro manifiesto y grave (denegación de asistencia sanitaria...) (art. 195).
- Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio: no respetar la confidencialidad, vulnerar o no respetar la intimidad...
- Delitos contra el honor: calumnia e injuria, que puede menoscabar la autoestima de las personas mayores.
- Delitos contra las relaciones familiares: delito de abandono de familia, no cumplir con las obligaciones de atención a ascendientes, tanto deberes asistenciales como morales.
- Delitos contra el patrimonio: robo, hurto, apropiación indebida (art. 235.4).
- Delito de violencia doméstica (art. 153 y art. 173.2).

En el capítulo de faltas, entendiendo por tales delitos de baja intensidad, pero que causan daño a las personas que las reciben, podemos distinguir dos grandes capítulos:

- Faltas contra las personas: golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión (art. 617), negación de auxilio (art. 619), amenazas, coacción, injuria o vejación injusta de carácter leve (art. 620).
- Faltas contra el patrimonio (hurto o robo menor).

*e) LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA*

La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia recoge en el art. 43 sobre infracciones, el trato discriminatorio a las personas en situación de dependencia (43.f), conculcar la dignidad de las personas en situación de dependencia (43.g), generar daños o situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica (43.h). La gravedad de las infracciones, según recoge el art. 44, dependerá de los criterios de “riesgo para la salud, gravedad de la alteración social producida por los hechos, cuantía del beneficio obtenido, intencionalidad, número de afectados y reincidencia. Este artículo establece como infracción leve aquellos actos cometidos por imprudencia o simple negligencia y no comporten perjuicio directo para las personas en situación de dependencia, entendiendo como infracción grave aquellos actos que supongan un perjuicio o se hayan cometido con dolo o negligencia grave, señalando además la reincidencia, la negativa a facilitar información o prestar colaboración a los servicios de inspección, falseamiento de la información, coacciones, amenazas, represalias o cualquier otra forma de presión ejercida sobre las personas en situación de dependencia o sus familiares.

**OTRAS NORMATIVAS QUE TENER EN CUENTA**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 35/1995, de 11 diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.
- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad.
- Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil en Materia de Relaciones Familiares de los Nietos con los Abuelos.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad de las Personas con Discapacidad.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

(9)

## SENSIBILIZACIÓN/CONCIENCIACIÓN:

En el año 1982 se presenta el Primer Plan de Actuación Internacional sobre el Envejecimiento en Viena, donde se aprueban los derechos humanos fundamentales del anciano, tras un largo recorrido en 2012 se publica la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores en América Latina, llamamiento a la protección de los derechos y libertades del adulto mayor en materia sociosanitaria (58).

A día de hoy, las situaciones de maltrato continúan siendo más habituales de lo que aparentan, cuyo carácter sutil e insidioso lo hace poco visible para quien no lo padece y difícil de comunicar para el que lo sufre (68).

Existe poca evidencia estadística de la eficacia de los programas para el aumento de la concienciación y sensibilización, aunque algunos estudios señalan que la educación de los profesionales aumenta el conocimiento sobre los malos tratos a personas mayores (57,69) o que permiten aumentar su detección, mejorar la planificación de los cuidados y promover la prevención de los malos tratos en personas mayores con demencia con sospecha o en riesgo de malos tratos.

Un ejemplo, Radensky y Parikh (2008) (70) realizaron formación para profesionales con el objetivo de que reconocieran signos y síntomas de malos tratos a mayores y para la detección e información de casos. Sin embargo, estas iniciativas de formación no han sido diseñadas ni incluyen, en la mayoría de las ocasiones, un programa propiamente de intervención con evaluación pre y post, sino que se realizan con el único objetivo de despertar sensibilidades en los destinatarios (10).

Es preciso educar a la población para que perciba a las personas mayores de una forma más favorable, como contribuyentes positivos para la sociedad. Por su lado, las personas mayores también tienen que ser conscientes de esto y conocer sus derechos, además de tener información sobre los recursos y servicios disponibles (71).

## CONCLUSIONES

- Los datos epidemiológicos en referencia al maltrato del adulto mayor son poco congruentes, las investigaciones en esta línea a nivel nacional son escasas, sobre todo, en el ámbito institucional.
- En cuanto a los factores de riesgo, se ha visto que el hecho de que exista alguna de esas características (edad avanzada, deterioro cognitivo y sintomatología depresiva) no implica necesariamente que haya malos tratos, pero sí que tendrían que levantarse sospechas. Siendo el resultado de malos tratos, generalmente, la suma de más de una de esas características.
- Los esfuerzos deben ir encaminados a disminuir los factores de riesgo, comenzando por los que nos implican directamente, los referentes a los profesionales sanitarios, sin olvidar las características de la institución.
- Es imprescindible la formación continuada al equipo multidisciplinar y gerentes de las instituciones con el fin de eliminar las formas de maltrato en este ámbito.
- El maltrato al adulto mayor está directamente relacionado con los niveles de dependencia, siendo la mujer de edad avanzada y con deterioro cognitivo el perfil de la víctima de este tipo de abuso.
- Siempre ha de valorarse el riesgo-beneficio de cada técnica realizada, por consiguiente, el uso de las sujeciones físicas debería disminuir considerablemente hasta desaparecer.
- La prevención y los programas de intervención van de la mano en la lucha contra el maltrato a los mayores. El primer paso es tener una base teórica y el segundo pasar a la acción, en la que han de estar implicados los ámbitos educativos, sociosanitarios y jurídicos.
- Es necesaria la protección de los más vulnerables, para ello se requiere una legislación específica que ampare a los mayores, que sea justa y aplicada.
- La sensibilización a la población es fundamental para acabar con este fenómeno, que hoy en día sigue siendo un problema global silenciado.
- Existen muchas barreras para combatir el tema del maltrato al mayor lo que podría sugerir que priman los intereses económicos a los éticos.
- Instamos a que desde el Gobierno o desde la Sanidad Pública se intervenga en el asunto, ya que, es inadmisibile que se den casos de maltrato de manera cotidiana en las instituciones cerradas en España.



## BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Maltrato de las personas mayores. Datos y cifras [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
2. OMS. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. 2003;4.
3. ONU. Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, 15 de junio [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.un.org/es/events/elderabuse/>
4. Touza C, García MD, Prado C, Royo P, Segura MP. Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: los malos tratos a las personas mayores. *Pulso: revista de educación*. 2002. p. 61–76.
5. Baker PR, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY. Interventions for preventing abuse in the elderly ( Review ). *Cochrane Libr*. 2016;(8):103.
6. Forero LM, Hoyos S, Buitrago V, Heredia RA. Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa. *Univ Medica [Internet]*. 2019;60(4):16. Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.malt>
7. Pérez MA, Garreta M, Cervera AM. Negligencia, abuso y maltrato. *Tratado geriatría para Resid*. 2006;133–40.
8. Pérez-Rojo G, Sancho M, Del Barrio E, Yangua JJ. Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gob Vasco Dep Empl y asuntos Soc*. 2011;116.
9. Rueda-Estrada JD, De la Red-Vega N, Vega-García C, Nieto-Bedoya M, Niño-Martín V, Arquiza-Thireau R. El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio. *Junta de Castilla y León*. 2008. 182 p.
10. Pérez-Rojo G, Chulían A. Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Soc y Utoia Rev Ciencias Soc*. 2013;41:127–67.
11. IMSERSO. La personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. *Inf 2016*. 2017;1:7–537.
12. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM. Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España. *Med Clin (Barc)*. 2013;141(12):522–6.
13. Bazo M. Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36(1):8–14.
14. OMS. Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial. 2006.
15. Rueda-Estrada JD, Martín-Martín FJ. El maltrato a personas mayores. Instrumentos para la detección del maltrato institucional. *Alternativas*. 2011;18:7–33.
16. Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Realidad e invisibilidad. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(1):84–90.



17. Caballero J. Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2000;10(3):177–88.
18. Salvarezza L. La vejez. Una mirada antropológica actual. 1998;
19. Defensor del Pueblo, SEGG, Asociación Multidisciplinaria de Gerontología. La Atención Sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. 2000;304.
20. Montorio I, Izal M, Sánchez M, Losada A. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. Profecía que se autocumple. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2002;12:61–71.
21. Butler RN. Ageism: Another form of bigotry. *Gerontol.* 1969;
22. Hausdorff JM, Levy B, Wei JY. The power of stereotypes on gait of older persons: Reversibility of age-related changes. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47:S5–S5.
23. Palmore EB. Ageism: Negative and positive. New York Springer. 1990;25.
24. Thornton JE. Myths of Aging or Ageist Stereotypes. *Educ Gerontol.* 2002;
25. Sánchez C. Esteriotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. Departamento de psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Málaga; 2004.
26. Withboure, S. K., Culgin, S., Cassidy E. Evaluation of infantilizing intonation and content of speech directed at the age. *Int J Aging Hum Dev.* 1995;
27. Salari SM, Rich M. Social and environmental infantilization of aged persons: Observations in two adult day care centers. *Int J Aging Hum Dev.* 2001;52(2):115–34.
28. Hockey J, James A. Infantilization as social discourse. In: *Growing Up and Growing Old: Ageing and Dependency in the Life Course.* 1993.
29. O'Connor, B. P. y Rigby H. Perception of baby talk, frequency of receiving baby talk, and self-esteem among community and nursing home residents. *Psychol Aging.* 1996;
30. Caporaël, L. R., Lukaszewski, M. P. y Culbertson GH. Secondary baby-talk: Judgements by institutionalized elderly and their caregivers. *J Personal Soc Psychol.* 1983;
31. Lehr U. Psicología de la senectud. Herder. 1980.
32. Campo-Ladero MJ. Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. *Cent Investig Sociológicas. Opiniones.*
33. Losada-Baltar A. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Inf Portal Mayores.* 2004;14:1–15.
34. IMSERSO. Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. 2005. 260 p.
35. IMSERSO. Consideraciones en torno a la protección de las personas en situación de dependencia. In: *Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia.* 2005.
36. Sánchez-González R, Nido RÁ, Borda SL. Calidad de vida profesional de los

- trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*. 2003;13(13):291–6.
37. Puig Llobet M, Lluch Canut MT, Sabater Mateu P, Rodríguez Ávila N. Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Glob*. 2010;(19):1–6.
  38. Gómez-Vela M, Sabeh E. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y práctica. Univ Salamanca. 2006;
  39. ONU. ¿Para qué sirven los Días Internacionales? [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: <https://www.un.org/es/sections/observances/why-do-we-mark-international-days/>
  40. Sánchez L. Malos Tratos a las Personas Mayores: Percepción, Conocimientos y Barreras para la Detección. 2015;1–236.
  41. Iborra-Marmolejo I. Factores de riesgo de maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerb Rev Serv Soc*. 2009;(45):49–57.
  42. Instituto Nacional de Estadística. Censos de Población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos. Notas de Prensa. 2013;1–9.
  43. European Commission. The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). *Eur Econ*. 2009;15–456.
  44. Hernández LM, Rivera-Navarro J. El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas: análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo. [The informal caregiver of institutionalized elder people: analysis of the relationship and consequences of the support provided. *Trab Soc Hoy*. 2018;85(Tercer trimestre):65–86.
  45. OMS. [www.who.int](http://www.who.int) [Internet]. [cited 2020 Mar 25]. Available from: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
  46. López-Alvarez J, Agüera-Ortiz LF, Olazarán-Rodríguez J, Muñoz-Schwochert R. Restricción química en ancianos institucionalizados, el proyecto CHROME. *Inf Psiquiátricas*. 2019;235:61–9.
  47. Fundación Cuidados Dignos. Cómo se eliminan las sujeciones. 2012;1–90.
  48. Defensor del Pueblo. Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura. 2017. 3–34 p.
  49. Zanza-Castro MJ, Toronjo-Gómez A, Díaz de Durana O, Elsdén CA, Soldevilla-Agreda JJ. Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogerítricas. *Gerokomos Rev la Soc Española Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. 2004;15(4):217–27.
  50. Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36(1):46–50.
  51. Morrison J, Crinklaw-Wiancko D, King D, Thibeault S WD. Formulating a restraint use policy. *J Nurse Adm*. 1987;17:39–42.
  52. Evans LK, Strumpf NE. Tying Down the Elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37(1):65–74.
  53. Lofgren, RP., MacPherson, DS., Granieri, R., Mylleebeck, S., Sprafke J. Mechanical restraints of the medical wards: are protective devices safe? *Am J Public Health*. 1989;79.

54. Marks W. Physical Restraints in the Practice of Medicine: Current Concepts. *Arch Intern Med.* 1992;152(11):2203–6.
55. Frank, Ch., Hodgetts, G., Puxty J. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. *Can Fam Physician.* 1996;
56. Ramos-Cordero P, López-Trigo JA, Maíllo-Pedraz H, Paz-Rubio JM. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(1):35–8.
57. Anetzberger, G.J.; Palmisano, B.R.; Sanders, M.; Bass, D.; Dayton, C.; Eckert, S.; y Schimer MR. Model intervention for elder abus and dementia. *Gerontologist.* 200AD;40(4):492–7.
58. Torres-Prados MT, Estrella-González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos.* 2015;26(3):79–83.
59. Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Nuevo R. Identificación de factores de riesgo de maltrato hacia personas mayores en el ámbito comunitario. *Int J Clin Heal Psychol.* 2008;8(1):105–17.
60. Acuña MR. Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos.* 2012;23(4):169–71.
61. Amer-Riera MB, Barceló-Riera MA, Cuat-Sintes MI. Una mirada de protecció de les persones grans. *Anu l'envel·liment.* :297–322.
62. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gac Sanit.* 2007;21(3):235–41.
63. Rodríguez-Miranda E, Olivera-Álvarez A, Garrido-García RJ, García-Roque R. Maltrato a los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén, Habana Vieja. *Rev Cubana Enferm.* 2002;18(3):144–53.
64. AGE Platform Europe. Victims' rights : let' s not forget the victims of elder abuse! 2017;(September 2002):1–11.
65. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015;
66. CEOMA. Desatar al Anciano y al Enfermero de Alzheimer. Resumen ejecutivo 2013. 2013;19.
67. Martínez-Maroto A. El maltrato a personas mayores y su regulación en la Legislación Española. *Gerontol y Derecho.* 2005;40:361–74.
68. Sánchez Del Corral F, García-Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I. Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: La perspectiva de los mayores Españoles sobre el maltrato al anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39(2):72–93.
69. Richardson B, Kitchen G, Livingston G. The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial. *Age Ageing.* 2002;31(5):335–41.
70. Radensky L, Parikh D. Developing a “train the trainer” program to identify elder abuse and neglect: The jewish home lifecare system model. *Home Heal Care Manag Pract.* 2008;20(3):254–9.
71. OMS, INPEA. Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2002;37(6):319–31.

## ANEXOS

### Anexo 1. Lesiones agudas y subclínicas por malos tratos físicos.

LESIONES AGUDAS	LESIONES SUBCLINICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Heridas abiertas.</li><li>• Contusiones en las muñecas y hombros.</li><li>• Caídas de repetición y lesiones no explicadas.</li><li>• Quemaduras.</li><li>• Golpes.</li><li>• Pinchazos.</li><li>• Magulladuras.</li><li>• Mordeduras.</li><li>• Hematomas periaabdominales y en lugares sospechosos y con distinto grado evolutivo.</li><li>• Fracturas múltiples.</li><li>• Luxaciones y esguinces.</li><li>• Laceraciones, cortes, marcas en los dedos u otros indicios de uso de medios de inmovilización.</li><li>• Tirón de pelo (alopecia errática).</li><li>• Dolor crónico.</li><li>• Síndrome de colon irritable.</li><li>• Cansancio.</li><li>• Rotura de tímpano.</li></ul>	<p>QUEJAS SOMÁTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cefaleas.</li><li>• Palpitaciones.</li><li>• Dolor crónico.</li><li>• Quejas gastrointestinales</li><li>• Dispareunia.</li><li>• Abdominalgias.</li><li>• Consumo abusivo de medicamentos.</li></ul> <p>QUEJAS PSICOLÓGICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedad.</li><li>• Insomnio.</li><li>• Depresión.</li></ul>

Fuente: Adaptada de J. Rueda Estrada. El maltrato a personas mayores: Bases teóricas para su estudio. Junta de Castilla y León. 2008.

## Anexo 2. Tipos de malos tratos. Comportamientos e indicadores y consecuencias para la víctima

TIPO MALTRATO	COMPORTAMIENTO	INDICADORES y CONSECUENCIAS PARA LA VÍCTIMA
<b>FISICO</b>	Golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación	Hematomas, quemaduras, huesos fracturados o rotos, signos de haber sufrido contenciones físicas o químicas de algún tipo, como marcas de cuerdas, niveles anormales de fármacos, hipotermia, dolor al ser tocado
<b>PSICOLOGICOS</b>	Agresión verbal, uso de amenazas, malos tratos emocionales, insultos, burla obligar a presenciar malos tratos infligidos a otras personas, cualquier otro acto de intimidación y humillación como las actitudes edadistas en forma de infantilismo, tratándolo como si fuese un niño, causando angustia, sufrimiento o dolor emocional, no respetar sus decisiones, ideas o creencias; actos que provoquen miedo, aislamiento	Indecisión para hablar abiertamente, comportamiento inusual, emocionalmente disgustado o agitado, impotencia, indefensión y/o miedo inexplicables, angustia, pena, sentimientos de indignidad, estrés, tristeza, trastornos emocionales, cambios en los hábitos alimentarios, problemas para dormir sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, inhibición, somatización, pseudodemencias, soledad, aceleración del proceso de demencia, inseguridad en sí mismo, duda permanente, indecisión
<b>SEXUALES</b>	Cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor	Infección genital o enfermedades de transmisión sexual sin explicación, enrojecimiento genital, lesiones, heridas alrededor del pecho y zona genital, laceraciones, abrasiones, hemorragias inexplicables en la zona genital o anal, ropa interior rasgada, manchada o con sangre, temor injustificado a mostrar la zona genital
<b>ECNOMICOS</b>	Falsificaciones de la firma, malversación de fondos, modificaciones forzadas de testamento u otro documento jurídico; los engaños y fraudes; los robos cometidos por personas de confianza, y asimismo los acuerdos poco equitativos respecto a la transmisión de bienes.	Cambios repentinos de la cuenta bancaria o en las prácticas bancarias, reintegro desautorizado de los fondos del anciano empleando su tarjeta de crédito, efectuar compras personales con cargo a los bienes, patrimonio o recursos de la persona mayor, sin su consentimiento o mediante coacción, cambios bruscos en el testamento u otros documentos financieros, desaparición inexplicable de fondos o pensiones valiosas, descubrimiento de la firma falsificada de un anciano para transacciones financieras o adueñarse del título de sus posesiones, aparición repentina de parientes antes desentendidos reclamando sus derechos sobre los negocios o posesiones de un anciano, transferencia repentina o inexplicable de bienes a un miembro de la familia o a alguien ajeno a ella, cobro de las pensiones a cambio de los cuidados y atenciones, sin estar previamente acordadas estas transacciones por servicios
<b>NEGLIGENCIA Y ABANDONO</b>	Un acto de omisión, fallo intencional (activa) o no intencional (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor (Ej. higiene personal) o en impedirle estar con la gente con la que quiere estar, darle «trato de silencio» (no hablarle).	Deshidratación, desnutrición, mala higiene personal, problemas de salud no atendidos o no tratados, olores fecales, suciedad, camas manchadas, ropa inadecuada, descompensación por deficiente control en la prescripción de medicamentos, úlceras por presión por no efectuar los cambios posturales necesarios, úlceras y otras lesiones por cambio insuficiente de pañales, estados confusionales motivados por deficiente valoración y seguimiento del anciano
<b>VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS BÁSICOS</b>	Privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente (intimidad, toma de decisiones, opción religiosa)	Ocultarle o abrirle el correo, que no se le permita ir a la iglesia, que no se le permita tener la puerta de su habitación abierta o cerrada

Fuente: Elaboración propia

### Anexo 3. Tabla de recogida de datos

<b>Re f</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Fuente</b>	<b>Año</b>	<b>Idioma</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudio</b>	<b>Centro o contexto</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resumen - conclusiones</b>
<b>1</b>	Maltrato a las personas mayores	OMS	Sede Web	2019	Español	Internacional	Página web	Comunidad e instituciones	Establecer la magnitud del maltrato a las personas mayores.	A nivel mundial, se prevé que el número de casos de maltrato a personas mayores aumente, ya que muchos países tienen poblaciones que envejecen rápidamente.
<b>2</b>	Declaración de Toronto	OMS	Revista Española de Geriatria y Gerontología	2002	Español	Canadá	Declaración	Comunidad	Velar por el respeto de los Derechos Humanos.	El victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en “la unidad donde se proveen los cuidados”, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.
<b>3</b>	Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez, 15 de Junio	ONU	Sede Web	2018	Español	Internacional	Página web	Internacional	Expresar su oposición a los abusos y los sufrimientos infligidos a algunas de nuestras generaciones mayores.	

4	Situaciones de vulnerabilidad relacionadas con un trato inadecuado: los malos tratos a las personas mayores	Touza C, García MD, Prado C, Royo P, Segura MP	Dialnet. Revista Pulso Educativa	2002	Español	España	Artículo científico	Ámbito doméstico	Avanzar en la comprensión, la etiología, los factores de riesgo así como la detección de los malos tratos a las personas mayores.	En la actualidad, la calidad de vida de las personas mayores se presenta como la esencia de las actuaciones desde las distintas ciencias humanas y sociales dirigidas a este colectivo de la población. Uno de los principales problemas lo constituye el maltrato que reciben por parte de otras personas.
5	Interventions for preventing abuse in the elderly (Review)	Baker PRA, Francis DP, Hairi NN, Othman S, Choo WY.	Cochrane	2016	Ingles	Australia	Revisión sistemática	Home, organisational or institutional and community settings.	To assess the effectiveness of intervention programmes used to reduce or prevent abuse of the elderly in their own home, in organisational or institutional and community settings.	There is inadequate trustworthy evidence to assess the effects of elder abuse interventions on occurrence or recurrence of abuse, although there is some evidence to suggest it may change the combined measure of anxiety and depression of caregivers. There is a need for highquality trials.

6	Maltrato a las personas mayores: una revisión narrativa	Forero LM, Hoyos S, Buitrago V, Heredia RA	Scielo. Universitas Médica	2019	Español	Colombia	Revisión bibliográfica	Comunidad	Sintetizar la info. epidemiológica disponible, la evidencia y los aspectos legales, identificar casos y fortalecer la atención.	Las políticas públicas, deben comprometer la acción principal de la familia hacia sus deberes con el anciano y el reconocimiento de su rol fundamental en la sociedad humana.
7	Negligencia, abuso y maltrato	Pérez MA, Garreta M, Cervera Am	SEGG	2006	Español	España	Tratado	Institución	Describir las características y los aspectos especiales de los ancianos.	A pesar de las dificultades es importante recordar que el personal sanitario tiene una posición estratégica, ya que muchas veces es el primer y único contacto que los ancianos maltratados pueden establecer.
8	Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco	Pérez-rojo G, Sancho M, Del Barrio E, Yanguas J.	Gobierno Vasco	2011	Español	España	Estudio de prevalencia	Comunitario	Estimar la prevalencia de sospecha de malos tratos y/o negligencia hacia personas mayores con y sin deterioro cognitivo en el ámbito comunitario.	El incremento de la incidencia de las situaciones de dependencia y los cambios en las estructuras familiares se sitúan en la base explicativa de este fenómeno, la investigación sobre la incidencia es



todavía poco  
concluyente.

9	El maltrato a las personas mayores: bases teóricas para su estudio	Rueda Estrada JD, De la Red-Vega, N, Vega-García C, Nieto-Bedoya M, Niño-Martí V, Arquíaca-Thireau R.	Dialnet. Junta de Castilla y León.	2008	Español	España	Descriptivo	Social, Institucional, Doméstico	Lograr que las personas mayores puedan vivir con calidad requiere, que nadie vea vulnerados sus derechos ni sea objeto de abusos o maltrato.	Además de los problemas de identificación habituales se añade la dificultad para determinar el nivel de cuidados mínimos que se considera indicado y justo en personas mayores que se encuentran en residencias o centros, así como el método para individualizar esas necesidades, sin que se produzca discriminación.
---	--	---	------------------------------------	------	---------	--------	-------------	----------------------------------	--	---

<b>10</b>	Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores.	Pérez-Rojo G.	Dialnet	2013	Español	España	Revisión no sistemática	Ámbito doméstico e institucional	Realizar una revisión no sistemática de las investigaciones que se han realizado a nivel nacional e internacional.	Los estudios de prevalencia estiman que los casos tanto en el ámbito doméstico como institucional, están entre un 0,8% y 52%, un margen demasiado amplio. Otro de los problemas más habituales es establecer el perfil de las víctimas y de los responsables de los malos tratos, siendo un tema controvertido.
<b>11</b>	Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas	IMSERSO.	Informe 2016. Las personas mayores en España	2018	Español	España	Datos estadísticos	Social, Institucional, Doméstico	Cap. 7 Discutir el alcance del fenómeno en España, sus principales características y los factores de riesgo y la identificación del perfil de los agresores.	Aunque las estimaciones son muy heterogéneas y sugieren una magnitud de este problema social muy diversa, evidencian en cualquier caso que no es un asunto menor y que requiere de una estrategia específica para luchar contra él.

<b>12</b>	Prevalencia de malos tratos hacia personas mayores que viven en la comunidad en España.	Pérez-Rojo G, Izal M, Montorio I, Regato P, Espinosa JM.	Dialnet	2013	Español	España	Estudio transversal y multicéntrico	Comunidad	Estimar la prevalencia de malos tratos en personas mayores sin deterioro cognitivo residentes en el ámbito comunitario que acudían a Centros de Atención Primaria o de Servicios Sociales.	Se encontró la presencia simultánea de diferentes tipos de malos tratos. La combinación de maltrato más probable es aquella en la que aparece simultáneamente maltrato psicológico y físico. El maltrato psicológico está presente en más del 80% de todos los casos en los que existen malos tratos.
<b>13</b>	Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España	Bazo MT	Revista Española de Geriatria y Gerontología	2001	Español	España	Observacional	Ayuda domiciliaria en varias ciudades de España	Investigación sobre malos tratos a las personas mayores en sus domicilios por sus cuidadores.	En caso de ser datos extrapolables a todo el país supondría que el 4,7% de los mayores sufre maltrato. Las mujeres lo sufren más que los hombres. Necesario instaurar políticas sociales que ayuden a detectar los casos.

14	Respuesta global al maltrato hacia las personas mayores, incluyendo la negligencia: capacitación de los servicios de atención primaria para el abordaje de un problema mundial	OMS.	Sociedad Española de Gerontología	2006	Español	Australia, Brasil, Chile, Costa Rica, España, Kenia, Singapur, Suiza	Proyecto	Atención primaria	Desarrollar y validar un instrumento para detectar maltrato y negligencia a personas mayores desde AP. Formar a los profesionales de AP para afrontar el maltrato hacia las personas mayores.	Instrumento creado demasiado largo. El paciente no debería mostrar signos de deterioro cognitivo para hacerle el cuestionario y debería estar solo cuando se formule. Debe hacerlo un profesional de AP para tener suficiente confianza con el paciente. En caso de sospecha de maltrato dotar al profesional de AP de mecanismos de seguimiento y estrategias de remisión.
----	--	------	-----------------------------------	------	---------	--	----------	-------------------	---	---

<b>15</b>	El maltrato a las personas mayores: Instrumentos para la detección del maltrato institucional	Rueda Estrada JD, Martín FJ.	Dialnet	2011	Español	España	Tercera fase de la investigación.	Ámbito residencial	Presentar los instrumentos validados para la detección del maltrato institucional.	Conocer la incidencia y prevalencia es un reto difícil pero necesario para diseñar procesos, servicios, apoyos y ayudas que vayan eliminando estas prácticas, o para que la propia sociedad pueda hacer un examen de su forma de convivir y tratar a las personas mayores, para garantizar el respeto y la dignidad.
<b>16</b>	El maltrato en el adulto mayor institucionalizado	Adams Y.	ScienceDirect	2012	Español	España	Revisión bibliográfica	Institución	Profundizar en el maltrato en el adulto mayor institucionalizado, en especial en aspectos relativos a su realidad e invisibilidad.	El 36% del personal de enfermería había sido testigo de un incidente de maltrato físico, el 10% había cometido al menos un acto de maltrato físico, el 81% había observado algún incidente de maltrato psicológico y el 40% había abusado verbalmente de un residente en los doce meses precedentes.

<b>17</b>	Consideraciones sobre el maltrato al anciano.	Caballero J.	Dialnet	2000	Español	España	Artículo científico	Residencias	Analizar el maltrato al anciano en España.	Infantilización: Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable. Despersonalización: Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales. Deshumanización: No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad. Victimización: Ataques a la integridad física y moral de los ancianos mediante amenazas...
<b>18</b>	La vejez: Una mirada gerontológica actual	Salvarezza L.	Dialnet	1999	Español	Argentina	Libro	Sociedad	Analizar la vejez desde la perspectiva gerontológica.	Nuestra sociedad actual tiene hacia sus viejos una sorprendente actitud que denomina viejismo y que consiste en su discriminación y consiguiente segregación.

<b>19</b>	La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos.	Defensor del Pueblo	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	2000	Español	España	Informe	Domicilio, Comunidad, Instituciones	Conocer la situación actual de la atención sociosanitaria en España y cuáles podrían ser las posibles líneas para perfeccionarla.	Para dar respuesta al nuevo reto de la dependencia cuya cobertura sólo podrá ser resultado de una respuesta integral: la atención sociosanitaria como derecho subjetivo de todo ciudadano en situación de dependencia a cuidados sanitarios y apoyo social suficiente para reforzar su autonomía y limitar su dependencia.
<b>20</b>	Dependencia y autonomía funcional en la vejez.	Montorio I., Izal, M., Sánchez, P. y Losada A	Dialnet	2004	Español	España	Tesis doctoral	Personas mayores de 65 años que no viviesen en residencias	Analizar las propiedades psicométricas de un instrumento que se ha diseñado para evaluar los estereotipos negativos sobre la vejez.	Se debe abordar desde distintos ángulos las actitudes y creencias falsas establecidas por la sociedad y por uno mismo para que la vejez deje de ser vivida como un estigma.

21	Age-Ism: Another Form of Bigotry	Butler RN	Dialnet	1969	Inglés	Estados Unidos	Libro	Sociedad	To make visible the age discrimination or age-ism.	Age-ism reflects a deep seated uneasiness on the part of the young and middle-aged—a personal revultion to and distaste for growing old, disease, disability; and fear of powerlessness, "uselessness," and death.
22	El poder del ageismo en la función física de las personas mayores: reversibilidad de los cambios de la marcha relacionados con la edad.	Hausdorff JM , Levy BR , Wei JY .	Dialnet	1999	Inglés	Estados Unidos	Estudio de intervención aleatorizado	Personas mayores sanas de la zona	Probar la hipótesis de que los cambios asociados a la edad en la función física, particularmente el rendimiento al caminar, están influenciados por el ageismo y que la activación de los estereotipos positivos del envejecimiento puede revertir parcialmente estos cambios.	Las intervenciones diseñadas para mejorar las percepciones de la vejez pueden resultar beneficiosas para ayudar a mejorar la marcha y la independencia funcional entre las personas mayores.



<b>23</b>	Ageismo: negativo y positivo.	Palmore E.	Dialnet	1990	Inglés	Estados Unidos	Libro	Residencias o hogares de ancianos	Analizar los aspectos positivos y negativos de este fenómeno.	Ofrece una revisión de las diversas formas de ageismo, incluyendo nociones de ageismo positivo, el cual proyecta a los mayores como un grupo tradicional con virtudes como la sabiduría y el ahorro.
<b>24</b>	Mitos de envejecimiento o estereotipos ageistas	Thornton J.	Educational Gerontology	2002	Inglés	Estados Unidos	Artículo	Mitos sobre el envejecimiento	Mostrar que los mitos condicionan la realidad de las personas mayores.	Los mitos entorpecen en la educación sobre los desafíos del envejecimiento y en la información de los profesionales sobre la salud de los ancianos.
<b>25</b>	Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas	Sánchez C.	Dialnet	2004	Español	España	Tesis doctoral. Revisión de la literatura y estudios empíricos	Residencias	Analizar las propiedades psicométricas de un cuestionario diseñado para evaluar estereotipos negativos hacia la vejez.	Es importante abordar, desde distintas vertientes, la amplia red de actitudes y creencias erróneas determinadas por la sociedad y por uno mismo, que pueden hacer que la vejez sea vivida por muchas personas mayores como un estigma.

26	Evaluación de la entonación infantilizante y el contenido del discurso dirigido a la edad.	Withboure, S. K., Culgin, S., Cassidy E	Dialnet	1995	Inglés	Estados Unidos	Observacional cualitativo	Residencias	Observar si los ancianos se sentían de distinta forma cuando se comunicaban con ellos en tono infantil o en tono adulto.	Los mayores sintieron el tono infantil como más irrespetuoso que el tono entre adultos.
27	Infantilización social y ambiental de personas mayores: observaciones en dos guarderías para adultos.	Salari SM, Rich M .	Dialnet	2001	Inglés	Estados Unidos	Observacional-cualitativo	Residencias	Observar el comportamiento de los cuidadores con los ancianos usuarios del centro.	Cuando el personal del centro era más infantilizador los mayores tenían menos autonomía y privacidad que cuando el entorno del centro era más adulto.
28	Infantilization as social discourse. In: Growing Up and Growing Old: Ageing and Dependency in the Life Course	Hockey J, James A.	Dialnet	1993	Inglés	UK	Libro	Sociedad	Analizar las metáforas de la dependencia en contextos diferentes (el cuerpo, la familia, el trabajo y el ocio).	El rol estigmatizador que juegan los estereotipos en la vida de determinados grupos de personas.
29	Percepciones del baby-talk, frecuencia de recibir baby-talk y autoestima entre los residentes de la comunidad y los	O'Connor BP, Rigby H .	Dialnet	1996	Inglés	Canadá	observacional-cualitativo	Personas mayores de la comunidad y de residencias de ancianos	Conocer la impresión de los ancianos cuando les hablaban como niños o cuando les hablaban como adultos y	El rasgo de personalidad de la necesidad de socorro se asoció con las percepciones de calidez en la conversación infantil, mientras

	hogares de ancianos								medidas completas de necesidad de socorro, autoestima y salud funcional.	que la salud funcional, la edad y la institucionalización se asociaron con percepciones de superioridad.
30	Baby-talk secundario: juicios de ancianos institucionalizados y sus cuidadores.	Caporael LR , Lukaszewski MP , Culbertson GH .	Dialnet	1983	Inglés	Estados Unidos	Revisión	Residencias	A través de unas cintas grabadas de audio entregadas a ancianos y sus cuidadores sobre conversaciones de los cuidadores con sus compañeros y con los ancianos, investigar la relación entre estos juicios y, respectivamente, la capacidad funcional de los ancianos y las expectativas de los ancianos en el poder de los cuidadores.	Para los ancianos, se encontró que los puntajes de capacidad funcional más bajos se asociaban con un mayor gusto por el baby-talk en comparación con otro discurso.
31	Psicología de la senectud	Lehr U.	Herder	2016	Español	Alemania	Libro	Sociedad	Llevar a cabo una gerontología diferencial que tenga en cuenta que existen	Un marco que permite adentrarse en la psicogerontología. Desgrana como el paso del tiempo

									maneras muy diversas de envejecer, en las que influyen factores tanto externos como internos que van desde la salud o el estilo de vida, hasta los estímulos y desafíos que cada persona recibe de su entorno.	incide en los procesos psicológicos superiores y en él explica como el envejecimiento modula la personalidad. Descubrir las dificultades y las potencialidades de la persona en s proceso de envejecimiento.
32	El apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora.	María Jesús Campo Lardero	Dialnet	2000	Español	España	Libro	Sociedad	Conocer el alcance y las características del apoyo informal a la gente mayor dependiente y los costes que ocasiona en las personas cuidadoras.	Explora la relación de las personas cuidadoras con los servicios sanitarios, las expectativas expresadas por la gente cuidadora respecto al futuro o las posibles tendencias en el apoyo informal a las personas mayores dependientes.

<b>33</b>	Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención.	Losada-Baltar A.	IMSERSO	2004	Español	España	Artículo	Personas mayores en general	Mostrar el efecto del edadismo.	Necesidad de fomentar políticas y actuaciones dirigidas a reducir la presencia del edadismo en la sociedad en general y en la formación profesional en particular, estimándose que los resultados de estas actuaciones serán fundamentales para promover mejores niveles de bienestar en el grupo de población de las personas mayores.
<b>34</b>	Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles	IMSERSO	IMSERSO	2005	Español	España	Guía de recomendaciones	Ámbito doméstico	Presentar los principales resultados de las encuestas realizadas para el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) sobre los cuidados que reciben las personas mayores que residen en hogares.	La evolución en los modelos de familia y en el rol social de las mujeres experimentado a lo largo de un decenio no se ha visto correspondido a lo largo del decenio con reformas que hagan posible un más equitativo reparto del bienestar entre el Estado y la familia, pues es ésta la que continúa asumiendo de manera

										desproporcionada la provisión de cuidados a las personas mayores que los precisan.
35	Libro blanco de atención de las personas en situación de dependencia en España	IMSERSO	IMSERSO	2004	Español	España	Libro Blanco	Sociedad	Dar una respuesta a las necesidades insatisfechas tanto de las personas en situación de dependencia como de sus familias cuidadoras.	Hoy por hoy, la situación de muchas de las personas en situación de dependencia arroja al analizarla un gran déficit de bienestar que nos concierne a todos.
36	Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid	Sánchez R., Alvarez R., Lorenzo S.	Medifam	2001	Español	España	Descriptivo transversal	Área 10 de AP de Madrid	Conocer la calidad de vida profesional (CVP) percibida por los trabajadores de Atención Primaria del área 10 de salud de Madrid, identificando los principales componentes de la misma.	Se encuentra un nivel medio de CVP entre los trabajadores de esta área, aunque la valoración es peor entre los médicos. Se percibe excesiva carga de trabajo y pocos recursos aportados por la organización.

<b>37</b>	Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas	Puig Llobet, M.; Lluch Canut, M.T.; Sabater Mateu, P.; Rodríguez Ávila, N.	Dialnet	2010	Español	España	Descriptivo cuali-cuantitativo	Centro de geriatría	Identificar la calidad de vida, satisfacción personal y laboral de las Auxiliares de Geriatría cuidadoras de personas mayores institucionalizadas.	Es necesaria una formación especializada para ofrecer unos cuidados de mayor calidad a los mayores institucionalizados, ello no sólo influye en la satisfacción laboral de las Auxiliares de Geriatría, sino también en su satisfacción personal y calidad de vida.
<b>38</b>	Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y práctica	Gómez-Vela M, Sabeh E	Scielo	2006	Español	España	Artículo	Sociedad	Analizar la evolución del concepto "Calidad de vida".	Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo

libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

<b>39</b>	¿Para qué sirven los días internacionales?	ONU	Página web	Español	Internacional	Página web	Sociedad	Explicar la relevancia de los días internacionales.	Dan la oportunidad de sensibilizar al público en general acerca de temas relacionados con cuestiones de interés, tales como los derechos humanos, el desarrollo sostenible o la salud.
-----------	--	-----	------------	---------	---------------	------------	----------	---	--



40	Malos tratos a las Personas Mayores: Percepción, Conocimientos y Barreras para la Detección	Sánchez L.	Dialnet	2015	Español	España	Tesis doctoral. Estudio observacional descriptivo y prospectivo	Comunidad	Analizar la percepción del maltrato a las personas mayores, así como, los conocimientos, posición de los profesionales ante el maltrato y las limitaciones que presentan para su identificación y denuncia.	No parece existir una conciencia profunda del problema ni en la sociedad ni entre los profesionales, por lo que no existen mecanismos rutinarios de detección y mucho menos de prevención adecuados.
41	Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en la población española	Iborra I.	Dialnet	2008	Español	España	Artículo científico	Familia	Recoger los principales resultados de la primera investigación realizada en España a escala nacional sobre maltrato a las personas mayores en la familia.	Análisis de los factores de riesgo desde la perspectiva del modelo ecológico de Bronfenbrenner. Algunos de los factores que incrementan el riesgo son el nivel de dependencia de la víctima, la edad avanzada y la presencia de síndrome de burnout.

<b>42</b>	Censos de población y Viviendas 2011. Población residentes en establecimientos colectivos.	INE	INE	2011	Español	Español	Datos estadísticos	Comunidad	Censar la población residente en centros colectivos.	En las residencias de mayores residen 270.286 personas, con una proporción de 2,18 mujeres por cada hombre. Por grupos de edad, esta relación crece hasta más de siete mujeres por cada hombre en edades superiores a los 100 años.
<b>43</b>	El Informe sobre el envejecimiento de 2009: proyecciones económicas y presupuestarias para los Estados miembros de la UE-27.	Comisión Europea	Comisión Europea	2009	Inglés	Unión Europea	Informe	Economía	To project the economy of EU related to the ageing.	Being active, healthy and participative well into old age is now a realistic prospect for very large numbers of citizens for the first time in European history. But an ageing population also raises challenges for our societies and economies, culturally, organisationally and from an economic point of view.

44	El cuidador informal de personas mayores institucionalizadas en España: análisis de la relación y consecuencias del suministro de apoyo	Hernández LM, Rivera J.	Dialnet	2018	Español	España	Estudio cualitativo	Institución	Explorar la relación que mantienen los cuidadores informales con su familiar en situación de dependencia e ingresado en una residencia.	El aumento de la tasa de envejecimiento, la prevalencia de las enfermedades crónicas, así como el surgimiento de diversos factores que restringen la disponibilidad de apoyo en el entorno familiar, podrían reorientar el cuidado, o parte del mismo, hacia recursos formales de atención, como los centros residenciales.
45	Factores de riesgo	OMS	Página web		Español	Internacional	Página web		Definir el término factor de riesgo.	
46	Restricción química en ancianos institucionalizados, el proyecto CHROME.	López-Alvarez J, Agüera-Ortiz LF, Olazarán-Rodríguez J, Muñiz-Schwochert R	Informaciones Psiquiátricas	2019	Español	España	Artículo científico	Institución	Analizar qué es la sujeción química, las causas, dinámicas y soluciones propuestas y los psicofármacos.	Ante esta “dinámica de poder” que permite que puedan perpetuarse las sujeciones tanto físicas como químicas, la buena praxis pasa por un ejercicio activo de reflexión con respecto a nuestras prácticas de prescripción y por la adopción de

medidas que defiendan esa buena praxis.

47	Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios.	Fundación cuidados dignos. Consejería de Salud de Aragón.	Dialnet	2012	Español	España	Guía de buenas prácticas	Institución y domicilio	Establecer unas buenas prácticas con las sujeciones en los centros de atención sociosanitarios	La gestión de sujeciones restrictivas o su ausencia en el cuidado de las personas dependientes, es hoy en día un tema superado en la mayor parte de los países más avanzados del mundo, y sin embargo, España, aun formando parte de ese grupo de países evolucionados e innovadores, sigue utilizándolas en exceso.
----	--	---	---------	------	---------	--------	--------------------------	-------------------------	--	--

48	Guía de buenas prácticas en contenciones mecánicas. Mecanismos Nacional de Prevención de la Tortura.	Defensor del pueblo	Dialnet	2017	Español	España	Guía de buenas prácticas	Institución	Difundir los criterios que, a juicio del Defensor del Pueblo, deben ser tenidos en consideración, en actuaciones que requieran el empleo de contenciones mecánicas.	La contención o sujeción mecánica es el proceso de inmovilización de una persona con instrumentos, equipos o materiales destinados a restringir sus movimientos o el normal acceso a su cuerpo.
49	Uso de restricciones físicas en las instituciones gerontogeriatricas.	Diaz de Durana O, Zanza M, Toronjo A, Rojas M, Elsden C, Soldevilla J,	Gerokomos. Revista Española de Geriatria y Gerontología	2004	Español	España	Artículo científico	Instituciones gerontogeriatricas	Hacer visibles, social y profesionalmente, las prácticas que forman parte del denominado fenómeno de maltrato en el mayor.	Es un fenómeno poco estudiado. La restricción física en estos centros aparece habitualmente. La infraestructura física y organizativa de las instituciones, el perfil de anciano dependiente con procesos demenciales y la toma de conciencia de los profesionales sobre el fenómeno son factores de riesgo muy potentes.

50	Uso de restricciones físicas en el anciano en el siglo XXI ¿necesidad o falta de formación?	Alarcón T.	Revista Española de Geriatria y Gerontología	2011	Español	España	Artículo científico	Instituciones gerontogeriatricas	Analizar la necesidad del uso de restricciones físicas en instituciones gerontogeriatricas.	La razón principal para usar la restricción física en el anciano es la creencia del personal cuidador para evitar caídas y lesiones. Algunos autores sugieren que el uso de restricción es a veces debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad.
51	Formulating a restraint use policy	Morrison J, Crincklaw-Wlancko D, King D, Thibeault SWD.	Revista Española de Geriatria y Gerontología	1987	Ingles	Canadá	Artículo científico	Hospital	To examine our nursing practice in relation to restraint use.	Several deaths had resulted from improper application of physical restraints. Up to 10% of a hospital's patient population may be using some form of restraint.
52	Atar a los ancianos. Una revisión de la literatura sobre restricción física.	Evans LK , Strumpf NE .	Revista de la sociedad americana de gerontología	1989	Ingles	Estados Unidos	Revisión de la literatura	Residencias o hogares de ancianos	Conocer el estado actual del conocimiento sobre el uso de la restricción física con los ancianos.	Necesidad de investigación sobre el tema.

53	Mechanical restraints of the medical wards: are protective devices safe?	Lofgren RP, MacPherson DS, Granieri R, Mylleebeck S, Sprafke JM	Revista de la sociedad americana de gerontología	1989	Ingles	Canadá	Prospectivo	Hospital	To analyze the mechanical restraint on the medical wards.	Patients placed in mechanical restraints for longer than four days experience frequent morbid events and should be monitored carefully.
54	Restricciones físicas en la práctica de la medicina. Conceptos actuales	Marks W.	Revista Española de Geriatria y Gerontología	1992	Ingles	Estados Unidos	Revisión de la literatura	Hogares de ancianos y hospitales	Revisar el estado actual de la utilización de restricciones físicas en la práctica de la medicina.	Prácticamente no hay evidencia que respalde la eficacia de las restricciones.
55	Seguridad y eficacia de las restricciones físicas para los ancianos. Revisión de la evidencia.	C. Frank , G. Hodgetts y J. Puxty	Revista Española de Geriatria y Gerontología	1996	Ingles	Canadá	Revisión sistemática	Hogares de ancianos y hospitales	Hacer una revisión sobre la seguridad y la eficacia de las restricciones físicas para los ancianos y proporcionar a los médicos de familia pautas para el uso racional de las mismas.	A pesar de que la evidencia actual no respalda que las restricciones previenen caídas y lesiones y se cuestiona su seguridad, son necesarios más estudios prospectivos y controlados.

56	Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos	Ramos P, López JA, Maílo H, Paz JM, en nombre del Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la SEGG	Revista española de geriatría y gerontología	2015	Español	España	Artículo científico	Servicios y centros geriátricos	Establecer consenso para uso de sujeciones mecánicas y farmacológicas de forma que repercuta en una mejor atención a las personas mayores.	A pesar de la elaboración del documento, se debe seguir investigando y actualizando el tema.
57	Un modelo de intervención para el maltrato a personas mayores y la demencia.	Anetzberger, G.J.; Palmisano, B.R.; Sanders, M.; Bass, D.; Dayton, C.; Eckert, S.; y Schimer MR	Sociedad americana de gerontología	2000	Inglés	Estados Unidos	Investigación de campo	Residencia de ancianos	Desarrollar un proyecto que mejore la info. y el manejo de situaciones potenciales y sospechosas de abuso de ancianos que involucran a personas con demencia.	Se creó un manual para cuidadores de personas con demencia que permite a los cuidadores autoidentificar el riesgo de abuso de ancianos y buscar intervenciones apropiadas para prevenir el abuso.



58	Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una Atención Primaria adaptada a los mayores	Torres MT, Estrella IM.	Gerokomos	2015	Español	Español	Revisión bibliográfica	Atención primaria	Elaborar un "Cuestionario de Ayuda al Profesional de Enfermería de Atención Primaria para la Detección Precoz del Maltrato en las Personas Mayores".	Todos somos responsables de este "estigma" y a todos nos repercute de algún modo. La sensibilización y la detección del maltrato son los puntos clave de nuestro trabajo. Creemos que estas herramientas son indispensables para los profesionales de enfermería, y para el resto del equipo multidisciplinar.
59	Identificación de Factores de Riesgo de maltrato hacia las personas mayores en el ámbito comunitario	Pérez-Rojo I, Izal M, Montorio I, Nuevo R.	Dialnet	2008	Español	España	Estudio descriptivo	Ámbito comunitario	Analizar la relación riesgo- posibles factores predictores de maltrato procedentes del cuidador, de la persona cuidada y de la situación de cuidado.	El riesgo aumenta cuanto peor es la calidad de la relación, se recibe menos ayuda y existía mayor expresión de la ira, carga percibida y estrés, y existían más comportamientos problemáticos. El riesgo de maltrato es la combinación de factores de diferente naturaleza, aunque con un mayor

									peso los procedentes del cuidador.
Maltrato institucional a adultos mayores.	Rubio M.	Gerokomos.	2012	Español	Chile	Artículo científico	Residencias	conocer la prevalencia de maltrato institucional, algunos factores relacionados y las dificultades y estrategias para su prevención, detección y manejo.	el maltrato se presenta con mayor frecuencia en residencias de larga estadía y el tipo más frecuente es la negligencia. Las principales estrategias son invertir recursos socio sanitarios, sensibilizar a la población, realizar formación continua. El maltrato es un problema social que debe ser abordado de manera integral.

61	Una mirada de protecció de las persones grans	Amer MB, Barceló MA, Cuat MI	Dialnet	2011	Mallorquín	España	Artículo científico	Comunidad	Sensibilizar a la población y proponer líneas de actuación para dar una respuesta a esta situación, muchas veces invisible o negada ante los ojos de nuestra sociedad.	Aportar datos de prevalencia en España y de los perfiles maltratador/victima , para acabar con propuestas de futuro de cara a la prevención, detección e intervención.
62	Visión del maltrato al anciano desde atención primaria.	Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T.	Scielo	2007	Español	España	Cualitativo	Atención primaria	Identificar la opinión de los profesionales sanitarios de AP sobre el maltrato al anciano y su abordaje, mediante un estudio cualitativo de grupos focales.	Aunque los profesionales demostraron un buen conocimiento del problema, se puso de manifiesto la necesidad de disponer de pautas consensuadas de detección e intervención.

63	Maltrato a los ancianos. Estudio en el consejo popular de Belén, Habana Vieja.	Rodríguez-Miranda E, Olivera-Álvarez A, Garrido-García RJ, García-Roque R	Scielo	2002	Español	Cuba	Descriptivo, transversal	Comunidad	Identificar la existencia de maltrato al adulto mayor en un grupo de ancianos del Consejo Popular de Belén.	La población muestral sugiere evitar el maltrato al adulto mayor denunciándolo a las autoridades, inculcándole respeto hacia ellos desde la escuela y en la familia, así como divulgándolo mediante la prensa, radio y televisión.
64	Victims' rights : let's not forget the victims of elder abuse!	AGE Platform Europe.	IMSERSO	2017	Ingles	Bruselas	Informe	Comunidad	Proteger a las personas mayores que han sufrido abusos.	El abuso de ancianos es una violación generalizada de los derechos humanos y la dignidad de las personas mayores, especialmente aquellas en situaciones de dependencia y con necesidades de atención.

65	Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.	OMS	IMSERSO	2015	Español	Internacional	Informe	Sociedad	Trasladar a un territorio nuevo y mucho más amplio el debate acerca de cuál es la respuesta de salud pública más apropiada al envejecimiento de la población.	No existe una persona mayor “típica”. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida.
66	Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer	CEOMA	CEOMA	2013	Español	España	Resumen ejecutivo	Institución	Reducir el uso de sujeciones, definir el problema e investigar sobre él, formar a profesionales, dar soporte técnico y asesoramiento a organizaciones.	Se ha demostrado que las intervenciones integrales consiguen el objetivo esencial del Programa de erradicar las sujeciones en su totalidad en más del 20% de los casos, y además sus efectos colaterales suponen una mayor satisfacción de los familiares y una mejora en el clima de trabajo.

67	El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española	Martínez Maroto, Antonio	IMSERSO	2005	Español	España	Informe	Personas mayores en general	Comentar el maltrato a nivel legal de las personas mayores.	Debe velarse desde los ámbitos sociosanitarios por la detección de los malos tratos si la persona mayor no denuncia y ni siquiera apoya a aquel a quien denuncia, es prácticamente imposible ejercer acciones que castiguen el maltrato. La institucionalización requiere un cuidado especial.
----	---	--------------------------	---------	------	---------	--------	---------	-----------------------------	---	--

68	Estudio cualitativo SEGG-IMSERSO: La perspectiva de los mayores Españoles sobre el maltrato al anciano	Sánchez F, García Armesto S, Pajares G, Otero A, Ruipérez I.	Revista Española de Geriatría y Gerontología	2004	Español	España	Estudio cualitativo	Comunidad	Estudiar las perspectivas, actitudes y creencias de los ancianos españoles sobre el maltrato en personas de edad avanzada.	Los mayores identifican seis aspectos críticos en su calidad de vida, que serían áreas de vulnerabilidad para el maltrato: La independencia económica, el valor social, la comunidad, la esfera afectiva, la función de cuidadores y la seguridad/tranquilidad.
----	---	---	---	------	---------	--------	------------------------	-----------	--	--

69	The effect of education on knowledge and management of elder abuse: A randomized controlled trial.	Richardson B, Kitchen G, Livingston G.	Cochrane. British Geriatrics Society	2002	Ingles	UK	Staff answered questionnaires pre- and post-intervention	Institutions	To compare the effectiveness of attending an educational course (Group 1) to printed educational material (Group 2) in improving management of abuse of older people. To determine if positive attitude and low burnout scores are related to improvement.	Identifying, documenting and reporting abuse of older people is not carried out consistently. Whilst an educational course goes some way in improving this, it needs to be targeted to take into account the baseline knowledge.
----	--	--	--------------------------------------	------	--------	----	--	--------------	--	--



70	Desarrollar un programa de "Capacitación del capacitador" para identificar el abuso y la negligencia de ancianos: el modelo judío del sistema de cuidado de la vida en el hogar	Radensky L , Parikh D, MPA	Diario de práctica y gestión de la atención médica en el hogar	2008	Ingles	Estados unidos	Investigación de campo	Centros de mayores	Proporcionar capacitación en el servicio para los profesionales sanitarios y no sanitarios, con el fin de que el personal mejore su capacidad de tomar las medidas apropiadas al identificar el abuso y la negligencia de personas mayores.	Dotar al personal de herramientas para identificar el abuso es de gran importancia para evitar el abuso a los mayores.
----	---	-------------------------------	--	------	--------	----------------	------------------------	--------------------	---	--

71	Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor.	OMS	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología	2002	Español	Ginebra	Estudio cualitativo. Informes nacionales. Opiniones de personas mayores.	Atención primaria	Aumentar la concienciación de los profesionales y del público en general, así como elaborar una estrategia global en el contexto de la atención primaria para prevenir, de investigación y de acciones derivadas de los resultados de este estudio.	Las personas desean igualdad. Para muchas personas, vivir hasta llegar a viejo es uno de los logros más extraordinarios del siglo XX. Ser viejo y vivir con dignidad, libre de cualquier forma de abuso o violencia, debe ser una meta común para todas las sociedades del siglo XXI. Todo empieza con el respeto.
----	--	-----	---	------	---------	---------	--	-------------------	---	--

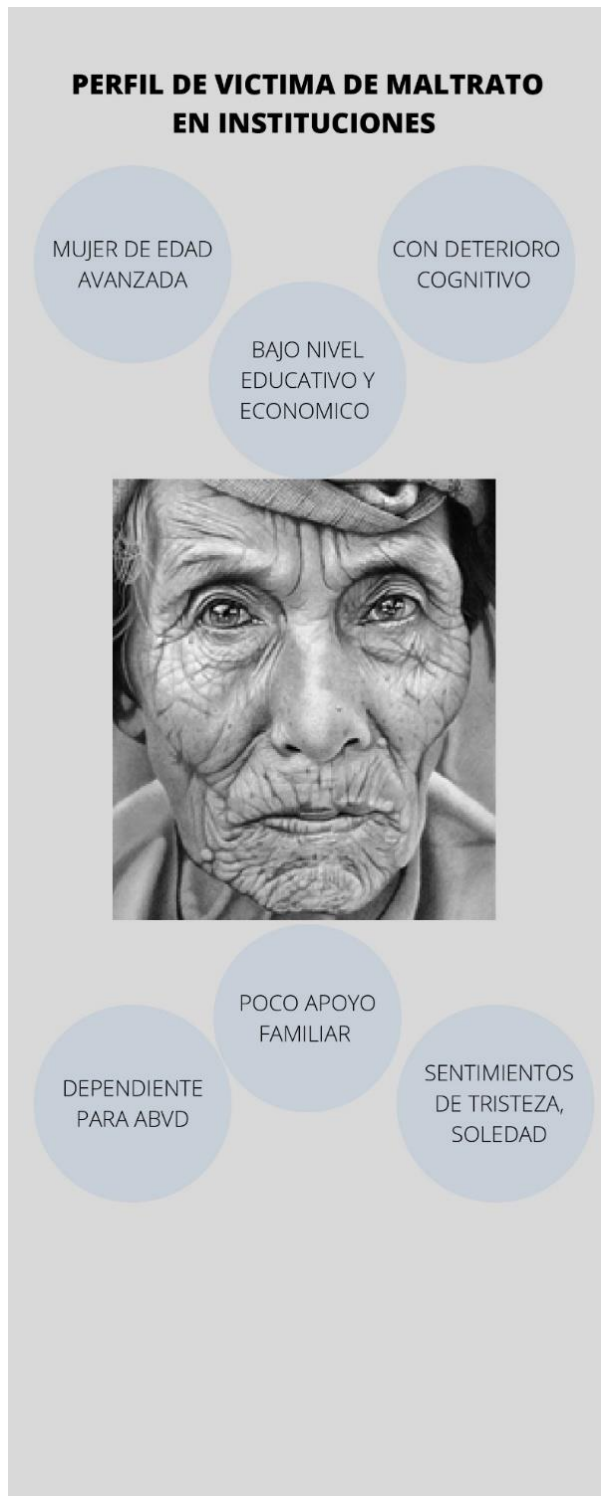
Fuente: Elaboración propia.

#### Anexo 4. Factores de riesgo de sufrir malos tratos en el adulto mayor

FACTORES DE RIESGO			
EN LA PERSONA	EN EL RESPONSABLE DE MALOS TRATOS	EN LA SITUACION DE CUIDADO	ASOCIADOS AL AMBITO FORMAL
- Sexo (mujer)	- Sexo (r. contradictorios)	- Cantidad de ayuda recibida	<b>Características institucionales</b>
- Edad (↑ edad - ↑ riesgo)	- Parentesco con la víctima	- Situación económica	- No existencia de política de prevención de malos tratos
- Estado civil (r. contradictorios)	- Inexperiencia	- Contactos informales y/o formales	- Mala organización del trabajo
- Nivel educativo (↓)	- Trastornos psicológicos	- Desgaste de los vínculos intergeneracionales	- El régimen o normas de la institución (la hora de levantarse, irse a dormir o comer)
- Comportamientos provocadores y/o agresivos	- Abuso de sustancias como el alcohol y/u otras drogas	- Calidad de la relación anterior	- La escasez del personal
- Deterioro cognitivo	- Afrontamiento	- Conflictos familiares	- La alta rotación del personal y la inadecuada selección de los empleados
- Enfermedad mental	- Sentimientos negativos	- Historia previa de violencia familiar	- Falta de controles e inspecciones
- Salud percibida	- Estrés o sobrecarga	- Deterioro rápido que no permite organizarse a la familia	- La poca supervisión
- Habilidades de comunicación	- Expresión de ira	- Vivienda compartida por demasiadas personas	- Obstinación diagnóstica y terapéutica
- Dependencia	- Dependencia económica	- Tipo de convivencia	- Mal diseño ambiental no adaptado a las necesidades de las personas mayores
- Confidente en el hogar	- Edadismo		<b>Características de los empleados</b>
- Nº de visitas a servicios de Atención Primaria	- Bajos sentimientos de autoeficacia		- Precaria situación laboral
- Incontinencia urinaria	- Desempleo		- El burnout
- Sentimientos de soledad	- Deterioro cognitivo debido a demencia o enfer. de Parkinson		- El alto consumo de alcohol
- Asumir estereotipos edadistas			- La falta de detección y notificación de los casos
- Tipo de convivencia			- Deficiente formación y/o especialización rápida e incompleta en gerontología
- Vivir con una persona que padece enfermedad mental			- Mala relación con los residentes
- Consumo de alcohol			<b>Características de los residentes</b>
- Sintomatología depresiva			- Sentimientos de indefensión
- Situación económica			- Mala relación con el personal
- Satisfacción de la vida			- Aislamiento de familiares (pocas visitas)
- Número de visitas recibidas en las instituciones			<b>C. r/c la relación residente - personal</b>
- Cambio frecuente de domicilio y centro sanitario			- Diferencias culturales, de lenguaje, prejuicios, malas relaciones entre ambos
- Desconocimiento de sus propios derechos			

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo 5. Infografía de perfiles. Víctima de maltratos y agresor



Fuente: Elaboración propia. Imagen tomada de <https://www.pinterest.es/pin/451274825138091439/>

## PERFIL MALTRATADOR DEL ADULTO MAYOR

Fuente: Elaboración propia. Imagen tomada de <https://rsh9.wordpress.com/2016/03/28/no-somos-tan-diferentes/>

## Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1079)

### DESCRIPCION:

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje

### INSTRUCCIONES GENERALES:

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1.Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país(excepto en las comunidades históricas).

2.Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.

3.Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan?, y seguir pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta.

Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

4.Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

5.Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:

- Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

- Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga.

- Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

- Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

#### PUNTUACIÓN:

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos.

Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación  $(20 \times 35 / 31) = 22,5$  (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23).

#### INTERPRETACIÓN:

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total.

Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

RANGO de PUNTUACION 0 – 35.

Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIÁTRICOS:(> de 65 años), punto de corte 23/24( es decir, 23 ó menos igual a “caso” y 24 ó más a “no caso”., y en

- Pacientes NO GERIÁTRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 ó menos igual a “caso”, y 28 ó más igual a “no caso”.

En España, la titular de los derechos del MEC de Lobo es Tea Ediciones, y su sitio web es <http://www.teaediciones.com>

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

#### ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fecha .....Mes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

• Dígame el hospital (o lugar).....

planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

### **FIJACIÓN**

- Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

### **CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO**

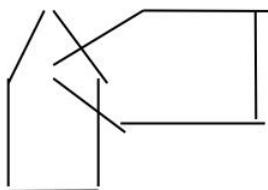
- Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)
- Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

### **MEMORIA**

- ¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

### **LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN**

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)
- Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)  
¿qué son el rojo y el verde ?
- ¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)
- Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)
- Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)





### ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)

**Purpose:** To be used as a comprehensive approach for screening suspected elder abuse victims in all clinical settings.

**Instructions:** There is no “score” for this instrument. A patient should be referred to social services if the following exists: 1) if there is any positive evidence without sufficient clinical explanation, 2) whenever there is a subjective complaint by the older adult of elder mistreatment, or 3) whenever the clinician deems there is evidence of abuse, neglect, exploitation, or abandonment.

1. General Assessment	Very Good	Good	Poor	Very Poor	Unable to Assess
a. Clothing					
b. Hygiene					
c. Nutrition					
d. Skin integrity					
Additional Comments:					
2. Possible Abuse Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Bruising					
b. Lacerations					
c. Fractures					
d. Various stages of healing of any bruises or fractures					
e. Evidence of sexual abuse					
f. Statement by older adult related to abuse					
Additional Comments:					
3. Possible Neglect Indicators	No Evidence	Possible Evidence	Probable Evidence	Definite Evidence	Unable to Assess
a. Contractures					
b. Decubiti					
c. Dehydration					
d. Diarrhea					
e. Depression					
f. Impaction					
g. Malnutrition					
h. Urine Burns					
i. Poor hygiene					
j. Failure to respond to warning of obvious disease					
k. Inappropriate medications (over/under)					
l. Repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance					
m. Statement by older adult related to neglect					
Additional Comments:					

Fuente: Fulmer, T. Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 2003. 29(6), 4-5.



## Anexo 8. Cuestionario para detectar el maltrato en instituciones.

<b>CUESTIONARIO N.º 1: CONOCIMIENTO DEL CENTRO RESIDENCIAL</b>		
<b>DATOS CENTRO RESIDENCIAL</b>		
<b>UBICACIÓN:</b> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Localidad..... Provincia..... Tamaño municipio > 10.000 hab. <input type="checkbox"/> 10.001-50.000 hab. <input type="checkbox"/> > 50.001 hab. <input type="checkbox"/>		
<b>TITULARIDAD</b> Pública <input type="checkbox"/> Privada no lucrativa <input type="checkbox"/> Privada lucrativa <input type="checkbox"/>		
<b>TAMAÑO</b> < 20 plazas <input type="checkbox"/> 20-49 plazas <input type="checkbox"/> 50-99 plazas <input type="checkbox"/> > 100 plazas <input type="checkbox"/>		
<b>NIVEL DE OCUPACIÓN</b> < 40 % <input type="checkbox"/> 40-80 % <input type="checkbox"/> > 80 % <input type="checkbox"/>		
<b>RECURSOS HUMANOS:</b> Indicar número Gestores <input type="checkbox"/> __ Médicos <input type="checkbox"/> __ Enfermeros <input type="checkbox"/> __ Auxiliares de enfermería <input type="checkbox"/> __ Cuidadores TSA <input type="checkbox"/> __ Personal de limpieza <input type="checkbox"/> __ Trabajador Social <input type="checkbox"/> __ Otros <input type="checkbox"/>		
<b>PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de ocio / tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EL CENTRO TIENE CERTIFICACIÓN DE CALIDAD:</b> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Normas ISO <input type="checkbox"/> EFQM <input type="checkbox"/>		

**CUESTIONARIO N.º 2:  
DATOS SOBRE LA PERSONA MAYOR**

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR**

EDAD: < 70 años <input type="checkbox"/> 70-80 años <input type="checkbox"/> > 80 años <input type="checkbox"/>	
SEXO: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado / divorciado <input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE HIJOS VIVOS: .....	
TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL CENTRO: < 1 año <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> 6-10 años <input type="checkbox"/> 11 o más años <input type="checkbox"/>	
NIVEL DE ESTUDIOS: No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> Estudios primarios <input type="checkbox"/> Estudios secundarios <input type="checkbox"/> Estudios universitarios <input type="checkbox"/>	
TIPO DE TRABAJO REALIZADO: No tuvo empleo ..... <input type="checkbox"/> Ama de casa ..... <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta ajena ..... <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia ..... <input type="checkbox"/> Funcionario ..... <input type="checkbox"/> Otros ..... <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PENSIÓN: Jubilación ..... <input type="checkbox"/> Invalidez / incapacidad ..... <input type="checkbox"/> Viudedad ..... <input type="checkbox"/> Por hijos minusválidos - hijo a cargo ..... <input type="checkbox"/> No contributiva ..... <input type="checkbox"/> Otras ..... <input type="checkbox"/> Especificar.....	
CUANTÍA DE LA PENSIÓN: < 300 € <input type="checkbox"/> 301-600 € <input type="checkbox"/> 601-1.200 € <input type="checkbox"/> > 1.200 € <input type="checkbox"/>	
CAUSA DE ENTRADA EN LA RESIDENCIA: Incapacidad para vivir de forma autónoma ..... <input type="checkbox"/> Enfermedad ..... <input type="checkbox"/> No poder atenderle la familia ..... <input type="checkbox"/> Sentirse más protegido ..... <input type="checkbox"/> Otras ..... <input type="checkbox"/> Especificar.....	
EL INGRESO FUE DECIDIDO POR: Decisión propia ..... <input type="checkbox"/> Hijos ..... <input type="checkbox"/> Cónyuge ..... <input type="checkbox"/> Otros familiares ..... <input type="checkbox"/> Profesionales sociosanitarios ..... <input type="checkbox"/> Otros ..... <input type="checkbox"/> Especificar.....	
VALORACIÓN DE MINUSVALÍA Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
VALORACIÓN DE DEPENDENCIA Sí <input type="checkbox"/> GRADO ____ NIVEL ____ / NO <input type="checkbox"/>	
RELACIÓN DE CAPACIDAD Incapacitado legalmente <input type="checkbox"/> No incapacitado <input type="checkbox"/>	
EL RESIDENTE POSEE AUTONOMÍA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Autonomía plena <input type="checkbox"/> Autonomía limitada <input type="checkbox"/> Falta de autonomía <input type="checkbox"/>	
EL USUARIO OCUPA UNA PLAZA Valida <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/>	
TIPO DE PLAZA RESIDENCIAL OCUPADA Pública <input type="checkbox"/> Concertada <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/>	
PRECIO PLAZA RESIDENCIAL OCUPADA < 900 € <input type="checkbox"/> 900-1.200 € <input type="checkbox"/> 1.200-1.500 € <input type="checkbox"/> > 1.500 € <input type="checkbox"/>	

**CUESTIONARIO N.º 3:  
DETECCIÓN DE POSIBLES SITUACIONES DE MALTRATO  
EN PERSONAS MAYORES**

**A. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

1. ¿Cómo considera su estado de salud al compararlo con el de una persona de su edad?  
Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy malo ☐
2. Cuando tiene algún problema de salud, ¿es atendido/a rápidamente por su médico / enfermera?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
3. ¿Le parece que el personal sanitario le escucha, atiende y trata correctamente?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
4. ¿Se le permite estar en la cama cuando se siente mal físicamente?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐

**B. PERCEPCIÓN TRATO FAMILIARES**

5. ¿Cómo califica el trato que recibe de sus familiares?  
Muy bueno ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Muy malo ☐
6. Al vivir en una residencia, ¿se siente Ud. suficientemente atendido/a por sus familiares?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
7. ¿Con qué frecuencia le visitan sus familiares?  
N.º veces semana \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_
8. ¿Le parece que su ingreso en la residencia ha resuelto un problema para su familia?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
9. ¿Siente vergüenza por estar en una residencia?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐

**C. PERCEPCIÓN TRATO RESIDENCIA**

10. ¿Cómo califica el trato que recibe en esta residencia?  
Muy bueno ☐ Bueno ☐ Hacen lo que pueden ☐  
Esperaba más ☐ No se preocupan ☐
11. En caso de compartir habitación, ¿mantiene una buena relación con su compañero/a?  
Sí ☐ NO ☐ No comparto habitación ☐ NS/NC ☐

12. ¿Frecuentemente encuentra sus cosas revueltas sin su consentimiento?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
13. ¿Puede recibir visitas en su habitación?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
14. ¿Se siente querido/a y bien tratado/a por los profesionales de la residencia?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
15. ¿El trato que recibe de sus compañeros de la residencia es respetuoso?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
16. Frente a un problema con algún compañero/a, ¿piensa que los trabajadores de la residencia se interesan por buscar una solución?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
17. ¿Los profesionales de la residencia se preocupan de su aseo personal y de mantenerle la ropa limpia cuando Ud. no puede hacerlo solo/a?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
18. ¿Le parece que tiene intimidad y libertad suficientes dentro de la residencia?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
19. ¿Se siente respetado/a en sus creencias, ideas políticas, religiosas, etc.?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
20. Los horarios de comida, levantarse, visitas... de la residencia ¿le parecen adecuados?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
- TRATO FÍSICO**
21. ¿Le han sancionado alguna vez por haber hecho algo que no ha gustado a los responsables de la residencia?  
SI ☐ NO ☐ A veces ☐ NS/NC ☐
22. ¿Ha tenido que realizar tareas en la residencia, en contra de su voluntad, tales como barrer, limpiar el polvo, hacer camas, poner el comedor, fregar platos...?  
Sí ☐ NO ☐ A veces ☐ NS/NC ☐
23. Si se ha negado a colaborar, ¿le ha acarreado problemas?  
Sí ☐ NO ☐ NS/NC ☐
24. Cuando está inquieto/a, ¿los cuidadores han recurrido a medidas de sujeción (atarle)?  
Sí ☐ NO ☐ A veces ☐ NS/NC ☐

25. En caso de respuesta afirmativa, ¿se le han producido lesiones?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
26. ¿Ha sufrido golpes, arañazos o agresiones físicas dentro de la residencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
27. En caso afirmativo, la agresión ha sido producida por...	Compañeros <input type="checkbox"/> Personal de la residencia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
28. Ante una agresión, ¿la dirección de la residencia han tomado medidas?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
<b>TRATO PSICOAFECTIVO</b>	
29. ¿Piensa que en esta residencia le gritan y riñen con frecuencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
30. ¿Siempre que necesita y pide ayuda siente que la tratan con amabilidad y respeto?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
31. ¿Considera que se le trata de forma inadecuada debido a la edad (en la forma de hablarle, en la ropa que usa, etc.)?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
32. ¿Se ha sentido humillado en presencia de otros compañeros de la residencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
33. En caso afirmativo, ¿quién le ha humillado?	Profesionales <input type="checkbox"/> Otros residentes <input type="checkbox"/> Algún familiar <input type="checkbox"/>
34. ¿Siente inseguridad o miedo dentro de la residencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En algunas ocasiones <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
35. En los últimos 12 meses, ¿le parece que cada día está más triste o deprimido/a?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
36. En los últimos 12 meses, ¿le han aconsejado ir al psiquiatra, psicólogo, terapeuta o trabajador social por algún tema especial relacionado con su tristeza o depresión?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
<b>TRATO ECONÓMICO-FINANCIERO</b>	
37. ¿Atiende usted sus asuntos económicos?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Solo algunos asuntos <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
38. Desde que está en la residencia, ¿le han faltado objetos de valor o alguna de sus pertenencias (ropa, joyas)?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

39. ¿En alguna ocasión se ha sentido amenazado/a, forzado/a o engañado/a por algún familiar o profesional a hacer algo con sus propiedades sin que Ud. estuviera de acuerdo?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
40. ¿Ha firmado algún documento que tuviera que ver con sus bienes o propiedades o le han obligado a firmar algún poder legal, testamento o cualquier otro documento en contra de su voluntad?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
41. ¿Le han obligado a asumir los gastos de otra persona (familiar o no), en contra de sus deseos?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
42. ¿Alguien le ha presionado para que ceda o done la propiedad de su casa, fincas, etc. a algún familiar o institución (religiosa)?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
43. ¿Alguna vez ha existido algún problema entre Ud. y la persona que se ocupa de sus asuntos económicos?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
44. ¿Alguna persona de su entrono familiar depende de su dinero?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
45. ¿Se ha sentido amenazado alguna vez por esa u otra persona por motivos económicos?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
<b>TRATO DE TIPO SEXUAL</b>	
46. ¿Se le trata con la necesaria delicadeza cuando le ayudan en los hábitos higiénicos?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
47. ¿Se siente incomodo/a (emocional o físicamente) ante la presencia de algún cuidador/a o compañero/a de la residencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
48. ¿Ha sentido dañada su intimidad por algún cuidador/a o compañero/a de la residencia (a través de tocamientos/caricias no deseadas, etc.)?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>
49. Desde que está en esta residencia, ¿algún/a compañero/a ha intentado abusar sexualmente de Ud.?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NC <input type="checkbox"/>

50. ¿Alguna persona le ha acariciado, manoseado, sin su consentimiento, poniéndole en una situación desagradable o violenta?			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
<b>NEGLIGENCIA Y ABANDONO</b>			
51. ¿Dispone de todos los elementos necesarios para la higiene corporal (cepillo, toalla, peine, esponja...)?			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
52. ¿Alguna vez le han dejado de prestar el apoyo necesario para la realización de la higiene corporal?			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
53. Si necesita gafas, audífono o dentadura postiza..., ¿se le atiende adecuadamente?			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
54. ¿Pasa largos periodos de tiempo solo, sin que nadie de la residencia se interese por Ud.?			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
55. ¿Alguna vez han dejado de atenderle adecuadamente o de prestarle ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, tales como vestirse, ir al baño, comer...?			
SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>	
<b>COMPORTAMIENTO ANTE EL MALTRATO</b>			
56. En alguna ocasión ha formulado quejas (o denuncias) a:			
La dirección del Centro	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
La supervisión de planta	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
La inspección de la Gerencia	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
La policía	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
El juez	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Buzón de sugerencias	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
57. Las quejas que ha formulado han sido por:			
<input type="checkbox"/> Trato indecoroso			
<input type="checkbox"/> Trato coactivo			
<input type="checkbox"/> Trato vejatorio			
<input type="checkbox"/> Aislamiento			
<input type="checkbox"/> Falta de respeto de otros residentes			
<input type="checkbox"/> .....			
58. ¿Las quejas han sido atendidas?    SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
59. ¿Ha tenido que cambiar de residencia por razón de desavenencias?			
Con otras personas	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Con la dirección del Centro	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Con los cuidadores	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Tiempo empleado (en minutos) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Comentarios:

Fuente: Tomado de Estrada, JDR., Martín, F.J Instrumentos para la detección del maltrato Institucional. Universidad de Valladolid. 2011.